



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR AL ADULTO MAYOR, EN EL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO. BIBLIÁN, 2015.

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

LOJANO GUAMAN CELIA LUCIA
PALAGUACHI JEREZ NUBE LILIANA
GUALLPA LEMA SILVIA YOLANDA

DIRECTORA:

MGT. AYDEÉ NARCISA ANGULO ROSERO

ASESORA:

MGT. ADRIANA ELIZABETH VERDUGO SANCHEZ

CUENCA – ECUADOR

2015

RESUMEN

Antecedentes: Como establece el Plan Nacional del Buen Vivir el adulto mayor debe ser atendido como grupo priorizado, garantizar sus derechos y mejorar su calidad de vida en el amplio sentido de la palabra vida y desde la cosmovisión andina del buen vivir o Sumak Kawsay que tiene su fundamento en nuestras raíces e identidad cultural. La intención es dejar en el pasado una vida de pobreza, exclusión social, desamparo y poca esperanza de vida. Nuestra investigación es novedosa al tratar un tema no estudiado.

Objetivo: Evaluar la aplicación del programa del plan nacional del buen vivir al adulto mayor en el centro de desarrollo comunitario. Biblián, 2015.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en el año 2015 con una muestra de 57 adultos mayores que pertenecen a este centro de desarrollo ubicado en la Provincia del Cañar, Cantón Biblián. Mediante la aplicación del Mininutritional assessment se evaluó el estado nutricional de los adultos mayores, a los cuales también se les aplicó una encuesta para obtener una información general, sobre la atención que reciben y cuál es el nivel de satisfacción que tienen en relación a la atención de salud y desempeño de los trabajadores de dicho centro.

Resultados: Encontramos que los adulto mayor de sexo masculino y femenino, se hallan entre 65-74 años, 75-85 años y de 86 años en adelante, un nivel del 53% no posee ningún tipo de instrucción, el 44% tiene un nivel primario y sólo un 4% llegó al nivel secundario. El 61 % se encuentra en riesgo de malnutrición y el 98 % padecen enfermedades crónicas, con hipertensión arterial. Los adultos evaluaron la atención de salud como buena, no obstante, la atención médica por el equipo multidisciplinario y las actividades que se realizan en el centro aún distan de ser las ideales.



Conclusiones: Mediante el presente estudio se logró obtener resultados tales como la presencia de riesgos de la nutrición ,acompañado de enfermedades crónicas comunes de este grupo etario, un apoyo familiar muy diverso y una atención integral deficiente, lo que lleva a la conclusión que no solo la buena calidad de atención es el único factor necesario para desarrollarse como un excelente centro de atención al adulto mayor, si no que también los demás factores antes mencionados y que están en déficit, son aportes muy importantes para brindar un servicio de salud de calidad y calidez los mismos que deberían ser implementados para alcanzar los objetivos que están planteados en el plan nacional del buen vivir.

Palabras claves: ADULTO MAYOR, ENVEJECIMIENTO, CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, APOYO SOCIAL, PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR, CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO – BIBLIAN



ABSTRACT

Background: as stated in the National Plan for Good Living the elderly must be treated as a priority group, guarantee their rights and improve their quality of life in the broadest sense of the word life and from the Andean world of good living or Sumak Kawsay which is based in our roots and cultural identity. The intention is to put behind a life of poverty, social exclusion, homelessness and low life expectancy. Our research is new to address an issue not studied.

Objective: To evaluate the implementation of the National Plan for Good program for the elderly living in the community development center. Biblián. 2015

Methods: The nutritional status of older adults was assessed by applying the Mini Nutritional Assessment, which are also applied a survey to find general information on the care they receive and what is the level of satisfaction with regard to the care evaluated health and performance of workers of the center.

Results: We found that most adult male and female are between 65-74 years, 75-85 years and 86 years on, a level of 53% does not have any instructions, 44% have a primary level and only 4 % were at secondary level. 61% are at risk of malnutrition and 98 % suffer from chronic diseases, with arterial hypertension. Adults assessed health care as good, however, health care and multidisciplinary team and the activities carried out in the center still far from ideal.

CONCLUSIONS: In the present study manages to get results such as the presence of risk of malnutrition, together with common chronic diseases in this age group very diverse, family support and comprehensive care of poor health, leading to the conclusion that not only the quality of care is the only thing needed to develop as an excellent focus for the elderly factor, but also the other above-mentioned factors and which are in deficit,



are important contributions to provide quality health service and the same warmth that should be implemented to achieve the objectives that are outlined in the National Plan for Good Living.

Keywords: ELDERLY, AGING, QUALITY OF HEALTH CARE, SOCIAL SUPPORT, THE NATIONAL PLAN GOOD LIVING CENTER OF COMMUNITY DEVELOPMENT - BIBLIAN



ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 2 |
| ABSTRACT..... | 4 |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS..... | 6 |
| ÍNDICE DE ILUSTRACIONES..... | 8 |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | 8 |
| CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL..... | 9 |
| CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR | 12 |
| DEDICATORIA | 13 |
| AGRADECIMIENTOS..... | 18 |
| CAPÍTULO I..... | 19 |
| 1.1 INTRODUCCIÓN | 19 |
| 1.2 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA | 21 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 23 |
| CAPÍTULO II..... | 24 |
| MARCO TEÓRICO | 24 |
| 2.1 ANTECEDENTES | 24 |
| 2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA | 25 |
| 2.2.1 PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR..... | 25 |
| 2.2.2 ENVEJECIMIENTO | 27 |
| 2.2.2.1 DEFINICIÓN | 27 |
| 2.2.2.2 FORMAS DE ENVEJECIMIENTO | 27 |
| 2.2.2.3 Características del envejecimiento..... | 28 |
| 2.2.2.4 Teorías del envejecimiento | 29 |
| 2.2.2.5 Cambios físicos y funcionales en la vejez..... | 32 |
| 2.2.2.6 Cambios a nivel de los sistemas de órganos | 33 |
| 2.2.2.7 Factores que aceleran o retardan el envejecimiento..... | 43 |
| 2.2.3 Adulto Mayor | 44 |
| 2.2.3.1 Definición | 44 |
| 2.2.3.2 Clasificación del adulto mayor | 44 |



| | |
|--|-----------|
| 2.2.3.3 Cuidados del adulto mayor | 45 |
| 2.2.4 Caracterización del Centro de Desarrollo Comunitario Biblián | 51 |
| CAPÍTULO III..... | 55 |
| OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 55 |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL: | 55 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: | 55 |
| CAPÍTULO IV | 56 |
| MARCO METODOLÓGICO..... | 56 |
| 4.1 Nivel de investigación | 56 |
| 4.2 Diseño del estudio..... | 56 |
| 4.2 Área de estudio | 57 |
| 4.3 Población y Muestra..... | 57 |
| 4.4 Criterios de inclusión y exclusión | 57 |
| 4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 57 |
| 4.8 Operacionalización de las variables..... | 59 |
| 4.9 Definición Operacional de Términos | 59 |
| 4.10 Consideraciones éticas | 60 |
| CAPÍTULO V | 61 |
| ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | 61 |
| DICUSIÓN DE LOS RESULTADOS..... | 77 |
| CAPÍTULO VI | 82 |
| 6.1 CONCLUSIONES | 82 |
| CAPÍTULO VI | 84 |
| 6.2 RECOMENDACIONES | 84 |
| CAPÍTULO VII | 85 |
| REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS..... | 85 |
| CAPÍTULO VIII | 90 |
| ANEXOS..... | 90 |



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|----|
| Ilustración 1 Vista frontal de centro de desarrollo comunitario de Biblián..... | 51 |
| Ilustración 2 Ubicación Del Centro De Desarrollo Comunitario De Biblián. | 52 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1 Distribución de los adultos mayores según sexo | 61 |
| Tabla 2 Distribución de los adultos mayores según edad..... | 62 |
| Tabla 3 Distribución de los adultos mayores de acuerdo a su estado civil. | 63 |
| Tabla 4 Distribución de los adultos mayores de acuerdo a su lugar de procedencia. | 64 |
| Tabla 5: Distribución de los adultos mayores de acuerdo a su nivel de instrucción. | 64 |
| Tabla 6 Valoración del estado nutricional de los adultos mayores. | 66 |
| Tabla 7 Enfermedades que padecen los adultos mayores. | 67 |
| Tabla 8 Frecuencia con que los adultos mayores reciben atención médica y tratamiento..... | 68 |
| Tabla 9 Frecuencia de los controles médicos al adulto mayor. | 69 |
| Tabla 10 Centro donde acude el adulto mayor a realizarse el control. | 70 |



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, SILVIA YOLANDA GUALLPA LEMA autora de la tesis EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR AL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO DE BIBLIÁN, 2015 certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca 04 de Febrero del 2016

SILVIA YOLANDA GUALLPA LEMA

0302096524



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, CELIA LUCIA LOJANO GUAMAN autora de la tesis EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR AL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO DE BIBLIÁN, 2015 certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Cuenca 04 de Febrero del 2016

CELIA LUCIA LOJANO GUAMAN

0302589049



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, NUBE LILIANA PALAGUACHI JEREZ autora de la tesis
EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DEL PLAN NACIONAL
DEL BUEN VIVIR AL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE DESARROLLO
COMUNITARIO DE BIBLIÁN, 2015 certifico que todas las ideas, opiniones y
contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva
responsabilidad de la autora.

Cuenca 04 de Febrero del 2016

NUBE LILIANA PALAGUACHI JEREZ

0301646014



CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR



Universidad de Cuenca
Cláusula de derecho de autor

Yo, SILVIA YOLANDA GUALLPA LEMA, autora de la tesis EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR AL ADULTO MAYOR, EN EL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO DE BIBLIÁN, 2015 reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 04 de Febrero del 2016

SILVIA YOLANDA GUALLPA LEMA

C.I: 0302096524



Universidad de Cuenca
Cláusula de derecho de autor

Yo, CELIA LUCIA LOJANO GUAMAN, autora de la tesis EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR AL ADULTO MAYOR, EN EL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO DE BIBLIÁN, 2015 reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 04 de Febrero del 2016

CELIA LUCIA LOJANO GUAMAN

C.I: 0302589049



Universidad de Cuenca
Cláusula de derecho de autor

Yo, NUBE LILIANA PALAGUACHI JEREZ, autora de la tesis EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DEL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR AL ADULTO MAYOR, EN EL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO DE BIBLIÁN, 2015 reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 04 de Febrero del 2016


NUBE LILIANA PALAGUACHI JEREZ
0301646014



DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico con toda la humildad de mi corazón primeramente a Dios por haberme permitido llegar a este momento tan especial de mi vida ya que me ha mantenido de pie aun cuando habían momentos en los que nada tenía sentido.

De igual manera, dedico esta tesis a mis padres quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores y a su incondicional apoyo durante todo mi trayecto estudiantil.

A mis hermanas quienes han estado junto a mí brindándome su apoyo y comprensión muchas veces poniéndose en el papel de padres.

A mi querido esposo quien con sus ejemplos de perseverancia y constancia me ha alentado siempre a salir adelante y apoyado en cada decisión ; y a mi querido hijo quien con su cariño y ejemplo de fortaleza al vencer todos los problemas que se le presentaron permanece conmigo día a día siendo uno más de mis motivos para salir adelante.

Celia Lucia Lojano Guamán.



Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a dios.

Con todo mi amor y cariño a mis queridos padres Rosa y Aurelio que me dieron la vida y quienes con su amor, comprensión y apoyo incondicional estuvieron siempre a lo largo de mi vida estudiantil, a ellos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles y que han sido incentivo de mi vida, les debo todo lo que soy ahora. Gracias padres por confiar en mí y darme esta carrera, es la mejor herencia que me han dado les agradezco de todo corazón Dios Les Bendiga Siempre.

A mi esposo por estar siempre a mi lado apoyándome en los buenos y malos momentos gracias por su sacrificio y esfuerzo, por ayudarme en mi carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mis hijos Sebastián, Ariel y Dominica por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Mi entera gratitud a mi hermano quien con sus palabras de aliento no me dejaba decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales

Liliana Palaguachi



Dedico este trabajo de tesis a mi Dios creador de todas las cosas que me ha dado la vida, fortaleza, fuerza y sabiduría para seguir adelante y culminar una más de mi metas anheladas.

Con todo mi amor y cariño a mis queridos padres Manuel y Micaela quienes con su apoyo incondicional brindada a lo largo de mi vida estudiantil, a ellos que siempre tuvieron una palabra de aliento a seguir adelante en los momentos difíciles. Gracias mis amados Padres por confiar siempre en mí y darme la carrera ya que es el mejor regalo que me supieron brindar, son el pilar fundamental en mi formación como profesional, que Dios y la Virgen María les colme de bendiciones y les proteja siempre.

A mis queridas hermanas y hermanos que siempre han estado junto a mí en los buenos y malos momentos de mi vida, a ellos que me brindaban apoyo moral cuando más necesitaba.

A toda mi familia y personas queridas/os quienes con sus sabias palabras supieron ser un impulso para llegar a cumplir uno de mis sueños más preciados a culminar mi carrera.

Silvia Gualpa.



AGRADECIMIENTOS

A Dios como ser supremo y creador nuestro y de todo lo que nos rodea y por habernos dado la inteligencia, paciencia y sabiduría es nuestra vida estudiantil, a nuestros padres por su apoyo absoluto comprensión y servir de guías en nuestros pasos a lo largo de nuestras vidas.

Queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos al personal docente y administrativo de la prestigiosa Universidad de Cuenca, a los Directivos de la Facultad de Ciencias Médicas - Escuela de Enfermería, por abrirnos las puertas para darnos una formación humanizada, moral y ética profesional, a la MGT. Aydeé Angulo Rosero, por su disposición y entrega en la Dirección de esta investigación, un agradecimiento especial a la MGT Adriana Verdugo Sánchez, Asesora de la misma, por guiarnos en esta tesis de grado y habernos prestado su apoyo incondicional.

A los profesionales del centro de desarrollo comunitario por la oportunidad brindada para la realización del trabajo de investigación, a los Adultos Mayores por su colaboración y por darnos la información necesaria para la realización de este trabajo de investigación y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron para la culminación de este trabajo de investigación.

LAS AUTORAS



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Las necesidades de salud de las personas adultas mayores son diferentes de las otras etapas de vida, están influidas por aspectos inherentes al proceso de envejecimiento, en esta etapa hay una alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, alteraciones en la funcionalidad o dependencia física, que lo sitúan en una posición de vulnerabilidad. En otro sentido ciertos factores extrínsecos como la falta de recursos económicos, poco apoyo familiar y social, lo colocan en situación de desprotección, contribuyendo al deterioro de la salud de estas personas. El adulto mayor requiere de una atención multidisciplinaria y efectiva, que incluya la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar.

A diferencia del siglo pasado donde los ecuatorianos vivían solo cuatro décadas, actualmente la esperanza de vida al nacer en Ecuador supera los 70 años como muestra de mejores condiciones de vida y lo que significa un aumento de la población adulta mayor. De acuerdo con los últimos estudios demográficos a nacionales, la pirámide poblacional perderá su forma triangular característica de una población donde predominan los jóvenes ubicados en la base y evoluciona a un perfil rectangular, ensanchándose en la cima, característica propia de una población envejecida. (1) (2)

A la par de estos cambios demográficos, las políticas de salud han sido planteadas para satisfacer las necesidades complejas de este grupo poblacional. Esto ha quedado plasmado en la constitución de la República del Ecuador y el Plan Nacional del Buen Vivir que constituyen los documentos rectores de la acción del gobierno nacional. (3) (4)

Esta situación ha determinado que este grupo poblacional, tienda a recibir más atención por parte de todas las carteras de estado y otras organizaciones



autónomas y no gubernamentales siendo una de las más importantes la que tiene que ver con el ámbito de la salud.

Las políticas de salud para la tercera edad se consideran como parte importante de las políticas sociales del Estado, donde el adulto mayor adquiere más importancia dentro del ámbito social, promoviendo su buena salud, nutrición, actividad física y recreativa y todo esto englobado en lo que hoy se conoce como envejecimiento activo.

La calidad de vida y la creación de un nuevo estilo de vida en la población de adultos mayores que acuden al centro de desarrollo comunitario de Biblián, presupone una relación dialéctica entre la utilización adecuada del tiempo libre y la salud mental y física de los mismos, llevándolos así cada vez más cerca de un adecuado envejecimiento activo elevado su nivel de satisfacción.

En ese contexto, se vuelve prioritario analizar cómo se cumplen las distintas políticas de salud y programas sociales que diversos organismos e instituciones existentes han venido desarrollando en distintas áreas relacionadas con la población de la tercera edad para mejorar la calidad de vida de este grupo, de acuerdo con lo expresado en el Plan Nacional del Buen Vivir.



1.2 PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Enfrentamos un reto demográfico de incremento de un grupo poblacional y por consiguiente de enfermedades y discapacidades, sin embargo no contamos con un sistema social preparado para asumirlo y satisfacer sus demandas como parte de un envejecimiento con mayor calidad de vida.

La población adulta mayor en el país representa el 6,5 % de la población nacional con un predominio ligero del sexo femenino (53 %) (2), El índice de envejecimiento del Cantón Biblián es el 10.67 %, con 1463 habitantes mayores de 65 años de edad, de una población total de 20817 habitantes (5).

La situación socioeconómica y de salud de esta población es deficiente de forma general:

- Se ha estimado que el 57,4% de los adultos mayores viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza
- Solo el 54,9% tiene un nivel completo de instrucción primario o básico y el analfabetismo está presente en uno de cada cuatro adultos mayores.
- Las condiciones de sus viviendas aún están lejos de ser apropiadas, es decir están desprovistas de servicios básicos
- El 75 % no cuenta con afiliación a un seguro de salud
- Cada año fallecen 34.000 ecuatorianos mayores de 65 años de edad
- Cada tres adultos mayores uno presentan algún tipo de enfermedad crónica.
- Las enfermedades más frecuentes son las cardíacas, cáncer, enfermedades cerebro- vasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo y depresión.
- La participación de personas adultas mayores en organizaciones, asociaciones o en actividades sociales es insignificante (1) (2) (6)

En la actualidad la mayor parte de entidades públicas y privadas, conocidos como hogares, albergues o asilos carecen de un centro de investigaciones geriátricas,



para planificar y diseñar actividades acordes a la realidad individual y grupal de los ancianos; la falta de adecuados y funcionales espacios físicos en las referidas instituciones para la ejecución de diversas actividades, sumado a esto la falta de personal de salud que oriente tanto al adulto mayor como a la familia con respecto a los cuidados que deben recibir todo esto conduce a las personas de la tercera edad a la inactividad, sedentarismo, desmotivación, tristeza, soledad y marginación social, por ende el adulto mayor no tiene un envejecimiento activo pleno y tampoco se encuentra integrado a los planes o estrategias establecidas en el código del buen vivir.

Formulación del problema

¿Cómo se cumple con el programa del Plan Nacional del Buen Vivir para adulto mayor, en el Centro de Desarrollo Comunitario de Biblián?

Pregunta directrices

¿Cuál es el estado nutricional de los adultos mayores?

¿Cuál es la morbilidad de los adultos mayores y como es la atención médica que reciben en el centro de desarrollo?

¿Cómo la familia participa en el cuidado de los adultos mayores?

¿Cuál es el nivel de satisfacción que tienen los adultos mayores en relación con la atención de salud y otras actividades y servicios que reciben en el centro de desarrollo?



1.3 JUSTIFICACIÓN

Existe una razón fundamental y clara dentro de nuestra sociedad y es que el adulto mayor se encuentra entre los grupos más complejos de la sociedad y vulnerables desde el punto de vista psicológico, biológico y social. Su atención prioritaria a quedado establecida en los documentos rectores del país debido a que sus necesidades se han visto poco satisfechas dentro del ámbito familiar, social, físico, mental y social entre otras debido a factores como, la falta de centros especializados en atención al adulto mayor o si en caso de que existieren no se encuentran debidamente equipados con la infraestructura adecuada o el personal necesario y calificado para cumplir a cabalidad con las funciones específicas de un centro de atención geriátrico sumado a eso los puestos de salud más cercanos en la mayoría de los cantones tampoco cuentan con todas las características antes mencionadas para que funcione un centro de atención para adultos mayores y agregando a esto, está la interrogante de cómo lograr integrar al adulto mayor dentro de los lineamientos que establece el Plan Nacional del Buen Vivir.

A nivel nacional o local no existen estudios referentes al cuidado del adulto mayor que muestren cuál es realmente su condición y calidad de vida. Este tema de investigación plantea una mirada amplia de la forma de vida del adulto mayor, cuyos resultados contribuirán a buscar alternativas que mejoren o satisfagan sus necesidades, no solo biológicas y de salud sino que alcancen todos los ámbitos de la vida y permitan una longevidad saludable y activa.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

En la investigación titulada: “Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay, 2011”, Andrade obtuvo como resultados:

El 15,6% de adultos mayores presentan un estado nutricional normal, el 48,5% en riesgo de malnutrición y el 35,9% en malnutrición. El 42,2% tienen desgaste proteico-energético afectando al 50% de la población masculina (7)

León, en su propuesta de una en la provincia Cotopaxi, ciudad de Latacunga obtuvo un predominio de adultos mayores del sexo femenino (57%), entre 75 y 84 años (48%), sin ningún nivel de instrucción (76%), de estado civil soltero (81%). El estado nutricional fue normal en el 50 %, un 7 % con malnutrición y un 43 % con riesgo de malnutrición, en relación con la actividad física solo el 21 % la realizaba al menos en forma ligera y un 71 % se encontró sedentario (8)

Durán, 2012, en su estudio sobre la percepción de los adultos y las adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el Estado en adultos mayores que viven en la Fundación Geriátrica “Jesús de Nazareth” encontró un predominio de ancianos en el grupo etario entre 70 y 79 años, del sexo femenino (67%), viudos (33%), de procedencia urbana (53%), con nivel de instrucción primario. La mayor proporción padecía hipertensión arterial (32%), vivía con sus hijos (38%), con una buena relación familiar (50%). El apoyo por parte de la familia presente en el 80% era fundamentalmente de tipo económico (70%). El apoyo por parte del seguro solo lo disfrutaban el 40 % (9)



Montalvo y Rúales en su estudio percepción de los adultos mayores sobre la atención recibida en los centros del adulto mayor en el asilo León Rúales de la ciudad de Ibarra y en el asilo Carmen Ruiz De Echeverría de la ciudad de Cotacachi, en el período de noviembre 2010 a julio - 2011, encontraron de forma general en ambos asilos un predominio de adultos mayores del sexo femenino, entre 60 y 75 años sin nivel de instrucción o primario. La proporción de adultos mayores con enfermedades crónicas supera el 90%, la mayoría presenta un estado nutricional normal (74-88%) y practican actividad física (84-89), entre un 64-78 % reciben atención médica semanalmente, 78-84 % considera que la atención que reciben es buena. En relación con las visitas que reciben por parte de sus familiares los resultados fueron diferentes en un asilo el 52 % nunca recibe visitas y en el otro el 100% de los adultos reciben visitas frecuentemente (10)

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1 PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR

Fue elaborado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), en el 2009. Es un instrumento del gobierno para integrar las políticas públicas, a la gestión y la inversión públicas. Contiene 12 objetivos, 83 metas, 111 políticas y 1.089 lineamientos estratégicos para garantizar el buen vivir o Sumak Kawsay.

El Buen Vivir es la forma de vida que permite felicidad, diversidad cultural y ambiental, armonía, igualdad y solidaridad. El plan del buen vivir trata, de una alternativa nueva de desarrollo social, redentora, que propone una organización social diferente del crecimiento y desarrollo económico paradigmático.

El plan incluye un conjunto de objetivos que manifiestan la voluntad política de transformar el país. Entre estos se encuentran garantizar la igualdad, la inclusión social e incrementar la calidad de vida de la población.



Este plan pretende sobrepasar las metas propuestas por las Naciones Unidas en los Objetivos del Milenio transformando al país de forma rápida, profunda, radical e irreversible.

En relación con la salud, calidad de vida y adulto mayor este plan expresa:

Objetivo del Buen Vivir

Atender al adulto mayor, niños y personas con capacidades diferentes, mediante un programa de inclusión social, que contenga recreación, participación y terapia ocupacional.

Política del Buen Vivir

Promover y garantizar los derechos de los grupos de atención prioritaria, mediante programas y proyectos que tiendan a mejorar su sistema de vida, consagrados en la constitución.

Lineamiento del Buen Vivir

Mejorar y ampliar la atención de los sectores vulnerables mediante programas y proyectos de salud, capacitación y recreación; promoviendo la inclusión, organización y participación de dichos sectores.

El Buen Vivir en el adulto mayor

Implica mejorar la calidad de vida lo que significa un modelo de vida o desarrollo más justo, más sostenible y más humano. Para lo cual el estado implemento Proyectos para el adulto mayor como:

- Construcción y edificaciones (amplificación, readecuación de Centros)
- Equipamiento de Talleres Ocupacionales y Recreativos de Centros Gerontológicos.



- Subvenciones económicas para gastos de funcionamiento de Centros de Atención al Anciano.
- Formación, capacitación, actividades recreativas y celebraciones a los adultos mayores.

Dentro del buen vivir del adulto mayor existen normas según la constitución que indican que los adultos mayores constituyen un grupo de atención prioritaria y especializada en ámbitos público y privado: atención gratuita de salud, jubilación universal, exenciones tributarias, rebajas en servicios de transporte.

El Estado deberá adoptar políticas públicas que tiendan a protegerlos contra cualquier tipo de explotación o maltrato, a desarrollar programas que fomenten actividades recreativas y capacitación (3)

2.2 2 ENVEJECIMIENTO

2.2.2.1 DEFINICIÓN

El envejecimiento es un proceso de cambios a lo largo del ciclo de vida, estos ocurren a nivel biológico, psicológico y social. Es natural, gradual, continuo e irreversible (11)

El envejecimiento poblacional ha resultado del aumento de la esperanza de vida gracias a los avances en las ciencias médicas, sobre todo en países con altos niveles de vida.

2.2.2.2 FORMAS DE ENVEJECIMIENTO

Envejecimiento ideal: el adulto mayor presenta buen estado de salud con pocos factores de riesgo, no presenta enfermedades crónicas, ni deterioro cognitivo y es de forma absoluta capaz de ejecutar actividades de la vida diaria y es autosuficiente.



Envejecimiento activo: el estado de salud es bueno y hay niveles medios o altos de factores de riesgo. El adulto mayor padece alguna enfermedad crónica, pero percibe su estado de salud como regular, tiene dificultad para realizar actividades de la vida diaria pero es independiente y no presenta deterioro cognitivo.

Envejecimiento habitual: el adulto tiene un estado de salud regular, los factores de riesgo son medios o bajos, tiene más de una enfermedad crónica, limitaciones para las actividades de la vida diaria con incapacidad funcional, aunque se mantiene independiente y no tiene deterioro cognitivo.

Envejecimiento patológico: el estado de salud es malo o es regular con factores de riesgos altos. El adulto tiene enfermedades crónicas, auto-percepción de salud como mala, padece deterioro cognitivo, presenta discapacidad y dependencia de terceros (12)

2.2.2.3 Características del envejecimiento

Según la Universidad de Cantabria el envejecimiento se caracteriza por los siguientes determinantes:

1. **Universalidad:** se refiere a que todos los humanos van a estar afectados por el envejecimiento, en la etapa final de su ciclo de vida. Se ha planteado que el envejecimiento está relacionado con la evolución de las especies, es decir es un proceso necesario.
2. **Progresivo:** el conjunto de cambios que caracterizan al envejecimiento siguen un orden cronológico, es decir es progresivo aunque aún no conocemos cuando empieza en realidad.
3. **Determinado y regulado:** el proceso de envejecimiento está genéticamente determinado, pero en él participan además otros factores ambientales que interactúan con los factores genéticos y juegan un papel importante.



4. **Supresor:** ocurre una pérdida de capacidades en la medida que avanza el envejecimiento, llegando a la pérdida de toda la función de los sistemas de órganos, finalizando en un fallo multiorgánico.
5. **Irreversible:** El envejecimiento no puede ser revertido aunque hasta cierto punto, ser enlentecido por la aplicación de diversas técnicas, terapias o por la modificación de los estilos de vida como son la restricción calórica, el ejercicio moderado y el consumo adecuado de diversas moléculas antioxidantes involucradas en la eliminación de catabolitos tóxicos que se producen como resultado del metabolismo celular.
6. **Específico:** Cada especie envejece de manera diferente, incluso dentro de una misma especie existen diferencias, ejemplo: la esperanza de vida es alta en algunos países, con altas tasas de longevidad (13)

2.2.2.4 Teorías del envejecimiento

En el campo de la investigación se han postulado diferentes teorías sobre el envejecimiento, en las líneas más recientes de investigación se consideran as teorías biológicas y las sociales:

1. Bilógicas:

Estas teorías tratan de explicar los mecanismos de envejecimiento a nivel celular

Orgánicas

- **Teoría autoinmune:** Plantea que la disminución de la competencia del sistema inmune se producen respuestas contra las propias células, mediante una reacción antígeno - anticuerpo que conlleva a la muerte celular.



- **Teoría neuroendocrina:** esta considera que la disminución de la capacidad funcional del sistema nervioso y endocrino, que son vitales para la supervivencia y la homeostasis. Dentro de los cambios que contempla esta teoría están la disminución de neuronas, de la síntesis de hormonas que predisponen a la aparición de enfermedades por ejemplo la disminución de esteroides que da lugar a la osteoporosis.
- **Teorías del colágeno:** conocida como la teoría de los enlaces cruzados le atribuye el envejecimiento al aumento de los enlaces cruzados entre moléculas proteicas y de ácido nucleico alterándose su actividad bioquímica del colágeno y del ácido desoxirribonucleico (ADN). Esta teoría explicaría también la precipitación de colágeno, acúmulo de calcio y colesterolina que impiden el intercambio celular de nutrientes que dan lugar a la atrofia de tejidos y órganos.
- **Teorías de los radicales libres:** se basa en los procesos de oxidación reducción que ocurren como parte del metabolismo normal en todas las células dando lugar a radicales libres y peróxidos endógenos celulares que resultan compuestos inestables que reaccionan con moléculas alterando su composición y función.

Los radicales libres pueden dañar las membranas celulares, las proteínas citoplasmáticas y el genoma celular siendo los mecanismos celulares para contrarrestar estos daños insuficientes. Se han asociado con la formación de pigmentos, la muerte celular programada, en la formación de placas neuríticas en la enfermedad de Alzheimer, enfermedades del adulto como el cáncer, cataratas y aterosclerosis. (14) (15)

Genéticas

- **Teoría de la programación genética:** defiende la idea de que el envejecimiento está genéticamente determinado y programado, planteando



la existencia de genes específicos para el envejecimiento y la longevidad y que dicha programación puede ser afectada por factores ambientales.

- **Teoría de la acumulación de errores o mutacionista:**

Se basa en la idea de la disminución de la fidelidad de los procesos de síntesis de ADN y proteínas, por la existencia de errores que se van acumulando, dando lugar a proteínas con menos calidad como resultado de mutaciones el ADN. Esto afectaría el metabolismo y viabilidad celulares. La formación de clones celulares con mutaciones puede llegar a predominar en relación con las normales, lo que explica la aparición de tumores y la muerte celular.

Además el déficit de telomerasa, enzima limitada que repara los daños a nivel de los telómeros de los cromosomas y el acortamiento de los mismos dan lugar a la disfunción a nivel celular ya que en estas estructuras se encuentran genes para el mantenimiento de las funciones celulares (16) (15)

2. Teorías psicosociales

- **Teoría de la desvinculación:** se basa en que las personas al llegar a la adultez modifican sus preferencias en la medida que cambian sus capacidades, retirándose de los roles sociales, lo que está determinado también por las sociedades que obliga a los individuos a renunciar a ellos, ejemplo cuando se le obliga a dejar su puesto de trabajo
- **Teoría de la actividad:** la idea es que si el individuo mantiene un nivel de actividad similar al de etapas anteriores de su vida se adaptan de mejor manera a esta etapa. A pesar de la limitaciones físicas se recomienda la adopción de nuevos roles y actividades aunque sean menos dinámicas.



- **Teoría del vacío de roles:** plantea que el individuo pierde sus roles más importantes y con ellos las normas asociadas, lo que está relacionado con un sentimiento de liberación en esta edad.
- **Teorías estructurales:** se basan en el Impacto que tiene sobre el envejecimiento, la organización social.

La teoría de la modernización: consiste en la descalificación de los adultos mayores en el ámbito laboral debido a la incorporación de nuevas tecnologías que dan lugar a una mayor competitividad.

La teoría de la socialización: la persona al envejecer presenta una disminución de las capacidades sensoriales, motoras y sociales que limitan su autonomía y su competencia (17)

2.2.2.5 Cambios físicos y funcionales en la vejez

Las alteraciones físicas y funcionales del organismo que produce el envejecimiento se deben a los cambios tisulares, a la reducción de la masa muscular, orgánica y esquelética y a la disminución del volumen extracelular. Todos esos cambios explican la disminución de la capacidad física y la lentitud de los movimientos de las personas de edad avanzada.

El proceso del envejecimiento no sigue un patrón establecido; por el contrario es irregular y asincrónico, no permite formular predicciones exactas y sus manifestaciones varían de un individuo a otro.

El envejecimiento, así como las causas de la salud y de la enfermedad, es único en cada persona; este carácter individual presenta otro reto para la gerontología, y más completamente para la enfermería gerontológica, que no dispone de patrones de referencia como la pediatría, sin embargo los cambios que ocurren durante la vejez no se deben exclusivamente a los procesos biológicos normales, sino que son también producto de 4 factores interrelacionados:



- El envejecimiento biológico normal
- Las enfermedades
- La pérdida de las aptitudes
- Cambios sociales que suceden en el período de la vida.

Desde el punto de vista fisiológico, el funcionamiento adecuado del cuerpo depende de una apropiada función celular, tisular y de los sistemas. El mantenimiento de este adecuado funcionamiento, llamado homeostasis, envuelve una serie de complejos cambios bioquímicos y fisiológicos, y casi todos los órganos y sistemas del cuerpo participan en este proceso.

Hay que reconocer que, al igual que en los aspectos psicológicos y social del anciano los cambios fisiológicos son del todo heterogéneos, tanto de un individuo a otro como dentro de los mismos sistemas de un organismo, porque dependen de las condiciones pre-existentes del estilo de vida y de su interacción con el medio. Los cambios en la homeostasis son, pues, el resultado de la disminución de la habilidad adaptativa del organismo al estrés.

2.2.2.6 Cambios a nivel de los sistemas de órganos

Sistema nervioso central

- Engrosamiento de las meninges
- Atrofia cerebral
- Disminución de los procesos dendríticos
- Reducción de la sustancia blanca
- Disminución de la velocidad de conducción
- Aumento del tiempo de respuesta reflejo



Consecuencias

- Disminución de la respuesta intelectual como agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto
- Disminución en la percepción, análisis e integración de la información sensorial, disminución en la memoria a corto plazo y pérdida en la habilidad del aprendizaje.
- Lentitud de la coordinación sensorio motora que produce un deterioro en los mecanismos que controla la postura, el soporte antigravitacional y el balance.
- Estos cambios, aunque son relativamente normales, no se encuentran presentes en todos los adultos mayores, ya que existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas (18)

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Cambios

- Disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina dopamina; además existe disminución en el número de los receptores sinápticos.

Consecuencias

- Disminución en la sensibilidad de la barorreceptores, lo que condiciona una predisposición a la hipotensión postural.
- Deterioro de la regulación de la temperatura corporal, lo que produce predisposición a la hipotermia o al "golpe de calor"
- Alteración de la percepción del dolor visceral, lo que puede conducir a la presentación, en forma confusa a enfermedades
- Disminución en la motilidad intestinal que causa constipación



- Trastorno en la regulación del tono muscular en el control de los esfínteres, lo que puede conducir a problemas como la incontinencia urinaria. (19)

Sentido de la visión

Cambios

- Pérdida de la grasa periorbitaria y estenosis del conducto lagrimal
- Depósitos lípidos en la córnea, sequedad de la conjuntiva y disminución en la elasticidad del cristalino
- Cambios degenerativos en los músculos de la acomodación, en el iris, retina y las coroides.

Consecuencias

- Apariencia de hundimiento de los ojos, laxitud de los párpados, ptosis senil, epifora, arco senil, reducción de la cantidad de lágrimas y aumento de la presión intraocular.
- Pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y la tolerancia al reflejo de la luz brillante y reducción del campo visual.
- Lenta adaptación a la obscuridad, defectuosa apreciación del color y deterioro en la percepción visuoespacial (20)

Audición y equilibrio

Cambios

- Degeneración del órgano Corti
- Pérdida de neuronas en la cóclea y en la corteza temporal.
- Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos
- Disminución de la elasticidad de la membrana basilar, afectando la vibración
- Osteoesclerosis de la cadena de huesecillos del oído medio



- Excesiva acumulación del cerumen disminución de la producción de endolinfa
- Degeneración de las células vellosas en los canales semicirculares
- Alteraciones en los receptores involucrados en el sistema del equilibrio, fundamentalmente la visión y los receptores vestibulares
- Alteraciones en la ejecución motora tanto en el control postural como en la marcha, que son fenómenos vinculados a patología musculoesquelética.

Consecuencias

- Presbiacusia, caracterizado por el deterioro de la sensibilidad al tono de frecuencia alta y a la percepción, localización y disminución de los sonidos.
- Deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo, mareo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad.
- Inestabilidad y riesgo de caídas (21)

Olfato, gusto y fonación

Cambios

- Atrofia de las mucosas
- Degeneración neuronal (las papilas gustativas se reducen en 64% a la edad 75 años)
- Atrofia y pérdida de la elasticidad en los músculos y cartílagos laríngeos

Consecuencias

- Deterioro del sentido de gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos, anorexia y malnutrición.
- Disminución de la sensibilidad de reflejo de la tos y la deglución
- Cambios en la voz (20)



Sistema locomotor: músculos, huesos y articulaciones

Cambios

- Atrofia muscular que afecta tanto al número como al tamaño de fibras; aparentemente eso es condicionado por desórdenes metabólicos intrínsecos y por denervación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene al tono muscular).
- Osteoporosis
- Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos periarticulares y cartílago
- Engrosamiento sinovial
- Opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide, formación de quistes y calcificación.

Consecuencias

- Pérdida de la masa muscular
- Predisposición a calambres musculares
- Predisposición para el desarrollo de hernias tanto intra como extra abdominales
- Debilidad muscular
- Limitación en el rango y velocidad de movimiento corporal
- Cifosis
- Disminución de la estatura
- Disminución de la elasticidad y resistencia de las articulaciones
- Rigidez articular y predisposición al dolor
- Disminución en la confianza y seguridad para la actividad
- Dificultad para la realización de tareas, especialmente si se complica por un defecto visual no compensado (20)



Sistema gastrointestinal

Cambios

- Cambios en la mucosa oral
- Cambios atróficos en la mandíbula
- Atrofia de tejidos blandos (encía)
- Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, de las glándulas intestinales y de la capa muscular.
- Reducción del tamaño del hígado
- Disminución de la velocidad del tránsito intestinal.

Consecuencias

- Predisposición a la caries dental, al edentulismo y a la enfermedad periodontal
- Problemas en la absorción de los alimentos
- Constipación y diverticulosis
- Aumento en el tiempo del metabolismo de algunas drogas en el hígado (22)

Sistema respiratorio

Cambios

- Coalescencia de alveolos; atrofia y pérdida de la elasticidad de los septums
- Esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte
- Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas
- Osteoporosis de la caja torácica
- Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales
- Debilidad de los músculos respiratorios



Consecuencias

- Capacidad vital disminuida
- Deterioró de la difusión de oxígeno
- Eficiencia respiratoria disminuida
- Disminución de la sensibilidad y eficiencia de los mecanismos de defensa del pulmón tales como; el aclaramiento del moco, movimiento ciliar y el reflejo de la tos.
- Cifosis e incremento de la rigidez de la pared del tórax
- Predisposición a infecciones (20)

Sistema cardiovascular

Cambios

- Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la intima
- Incompetencia valvular venosa
- Calcificación en las válvulas cardíacas
- Rigidez de las paredes venosas
- Fibrosis del miocardio
- Aumento en la resistencia periférica
- Disminución del gasto cardíaco
- Deterioro de la microcirculación

Consecuencias

- Dilatación y prominencia de la aorta
- Presencia de soplos cardíacos
- Predisposición a los eventos tromboembólicos
- Disminución de la capacidad de actividad física
- Insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de estasis y úlceras tróficas



- Trastornos de la microcirculación periférica (23)

Sistema genitourinario

Cambios

- Engrosamiento de la membrana basal de la capsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad
- Cambios degenerativos en los túbulos y atrofia y reducción del número de nefronas
- Atrofia de la mucosa vaginal
- Laxitud de los músculos perineales
- Atrofia de acinos y músculos prostáticos, con áreas de hiperplasia (la hiperplasia nodular benigna está presente en el 85% de los hombres de 80 años y más).

Consecuencias

- Falta en la respuesta rápida a cambios del volumen circulatorio
- Disminución de la capacidad de excreción por el riñón, lo que produce un aumento en la susceptibilidad a intoxicaciones por drogas y sus metabolitos y aumento de los efectos secundarios de estos.
- Dispareumia (dolor del coito) en la mujer
- Incontinencia urinaria
- Aumento de la susceptibilidad a las infecciones (22)

Piel

Cambios

- Atrofia de la epidermis, de la glándulas sudoríparas y folículos pilosos
- Cambios pigmentarios



- Hiperqueratosis del colágeno y de las fibras elásticas
- Esclerosis arteriolar
- Reducción de la grasa subcutánea

Consecuencias

- Piel, seca, arrugada. Frágil y desconocida
- Uñas frágiles, engrosadas, torcidas y de lento crecimiento
- Disminución de las propiedades de aislamiento de la piel , necesarias para la termorregulación
- Disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas
- Aumento de la susceptibilidad a las úlceras por presión (24)

Sistema inmunológico

Cambios

- Disminución de la respuesta inmunológica de tipo humoral a cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autólogos

Consecuencias

- Mayor riesgo para infecciones (20)

Sexualidad

En el sexo masculino:

Cambios

- Disminución del número, calidad y movilidad de los espermatozoides y cambios degenerativos en los túbulos seminíferos



- El volumen testicular disminuye en un 30%
- Obstrucción progresiva de vasos sanguíneos testiculares y consecuentemente pobre aporte de gonadotropinas
- Reducción de la población celular de sertoli, de células de Leydig e Incremento de células mesenquimatosas y tejido conectivo
- Disminución de los niveles de testosterona
- Crecimiento de la glándula prostática

Consecuencias

- Disminución de la lívido
- Disfunción eréctil
- Trastornos de la eyaculación

En el sexo femenino

- Cambios en el aparato genital como la pérdida de elasticidad de los labios mayores y menores con atrofia progresiva de la capa dérmica y epidérmica, al igual que en la vulva.
- Como resultado de la falta de estrógenos la vagina disminuye su fluidificación, la mucosa se hace más fina y seca, se hace más estrecha, corta y menos elástica
- El clítoris tiene mayor dificultad para la erección.
- Menor elevación uterina.
- Debilidad de la musculatura vaginal y perineal

Consecuencias

- Contracciones uterinas del orgasmo más débiles y a veces dolorosas por ser más espásticas que rítmicas.
- Disfunción sexual, dispareumia



Infecciones vaginales (25)

2.2.2.7 Factores que aceleran o retardan el envejecimiento

La relación beneficiosa entre los procesos de envejecimiento y los estilos de vida saludables ha sido reconocida en varios estudios, por lo que se han hecho recomendaciones nutricionales y de estilos de vivir para mejorar la calidad de vida de las personas durante más años, así como la implementación de programas con medidas pro-activas para promover calidad de vida en los ancianos

Retardan el envejecimiento, ósea que pueden ayudar al adulto mayor a gozar de una buena salud hasta una edad muy avanzada es el sueño tranquilo, actividad física continua, una adecuada nutrición y alimentación y la participación socio laboral. Aceleran el proceso del envejecimiento entre ellos esta: la alimentación excesiva, el estrés, la hipertensión, el tabaquismo, alcoholismo, obesidad y sedentarismo.

El ejercicio desarrolla la fuerza de los músculos, mejora la movilidad, la estabilidad de las articulaciones, favorece la calidad del hueso, la postura, disminuye la morbilidad y la mortalidad en las personas mayores y todo esto determina la calidad de vida, mientras que la inactividad agrava el envejecimiento y la incapacidad (26)

Algunos autores reportan los siguientes beneficios de la actividad física:

- La rehabilitación cardiaca y respiratoria, reducción de la mortalidad postinfarto
- Prevención de la osteoporosis y fracturas óseas al incrementarse la absorción de calcio y potasio.
- Reducción de los niveles de colesterol y triglicéridos
- Aumento de la tolerancia al esfuerzo al aumentar los umbrales aeróbico y anaeróbico.



- Aumento del volumen sanguíneo
- Mejora de la capacidad vital respiratoria
- Control y reducción de la tensión arteria
- Mejora el equilibrio
- Mejora el aspecto estético.
- Efectos psicológicos como mayor optimismo, vitalidad y voluntad
- Reduce el riesgo de padecer Diabetes Mellitus y otras enfermedades crónicas (26) (27) (28) (29)

2.2.3 Adulto Mayor

2.2.3.1 Definición

Las personas de 60-74 años de edad se les considera según la OMS de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas y sobre los 90 años longevos, a toda persona de 65 años o más se le llama adulto mayor (30)

2.2.3.2 Clasificación del adulto mayor

Espinosa y colaboradores menciona que se debe clasificar al adulto mayor en base a la discapacidad que se va produciendo como consecuencia propia de la edad o por situaciones como patologías o caídas, clasifica a los adultos mayores de la siguiente manera:

- Adulto mayor autónomo: pacientes mayores de 65 años sanos y afectados por enfermedades ya sean agudas o crónicas que potencialmente no podrían desenlazar en una discapacidad.
- Adulto mayor con fragilidad o de alto riesgo de dependencia: es aquel adulto mayor que se halla en situación de riesgo de dependencia pero sin que la padezca aun, siendo de manera potencial el mantener la autonomía mediante intervenciones específicas.



- Adulto mayor dependiente: hace referencia a la población que posee cierto grado de dependencia, que se traduce en la pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, se estima que en lo posterior se podría encontrar entre un 5% hasta un 10% de los mayores de 65 años (31)

2.2.3.3 Cuidados del adulto mayor

- Ayuda para realizar el baño
- Asistencia para la higiene bucal
- Ayudar al adulto a la hora de vestirse, evitar las prendas con cierres posteriores, con múltiples botones pequeños, los zapatos deben ser cómodos ajustados y antideslizantes

Prevención de caídas

- Mantener buena iluminación de la casa en el dormitorio, escaleras y baño.
- Fijar las alfombras al suelo, no dejar los extremos libres.
- Eliminar cables eléctricos en el suelo
- Colocar barandas en escaleras, baño y ducha
- Usar zapatos con suela antideslizante y de tacón bajo, no usar zapatillas sueltas que provoquen tropiezos
- Chequeo de la visión u otros síntomas si lo presenta
- Usar ayudas técnicas como bastón o andador para aumentar la base de sustentación si es necesario.
- Ubicar los muebles de manera que no obstaculicen el paso
- Eliminar muebles rotos o inseguros
- Prevención de lesiones de la piel y úlceras de presión
- Cuidado de los pies y las uñas



Medidas para evitar la constipación

- Ingerir cantidades suficientes de líquidos en forma de agua o jugos
- Ingerir alimentos ricos en fibras dietéticas como cereales
- Mantener adecuada actividad física como una caminata diaria de 15-20 minutos para promover la función fecal.

Nutrición

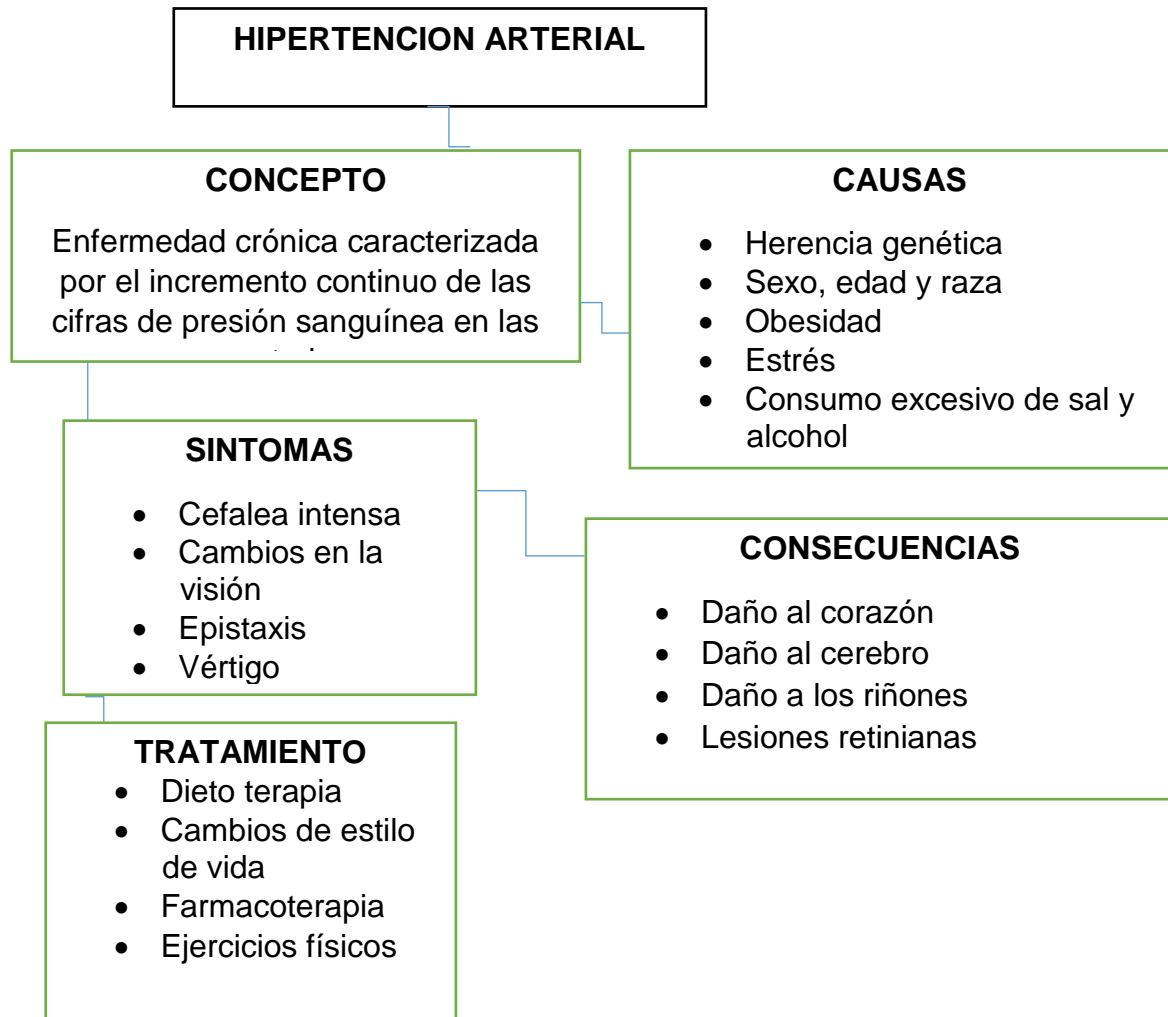
- Mantener una dieta balanceada. La dieta diaria recomienda 5 o más raciones de frutas y vegetales, 3-5 raciones de carnes, 6-11 raciones de granos.
- Ofreciendo pequeñas cantidades de alimentos con mayor frecuencia
- Permitir a los adultos mayores escoger sus alimentos
- Ofrecer alimentos triturados, porcionados o fáciles de masticar y tragar
- Estimular el apetito con comidas atractivas
- Alimentos que se recomiendan: las frutas; los vegetales, pueden adicionarse a las sopas; la leche y el queso que son fuentes de calorías, calcio, proteínas y grasas, los frijoles, arroz, pan integral y cereales para cubrir las necesidades de fibras y vitamina B.

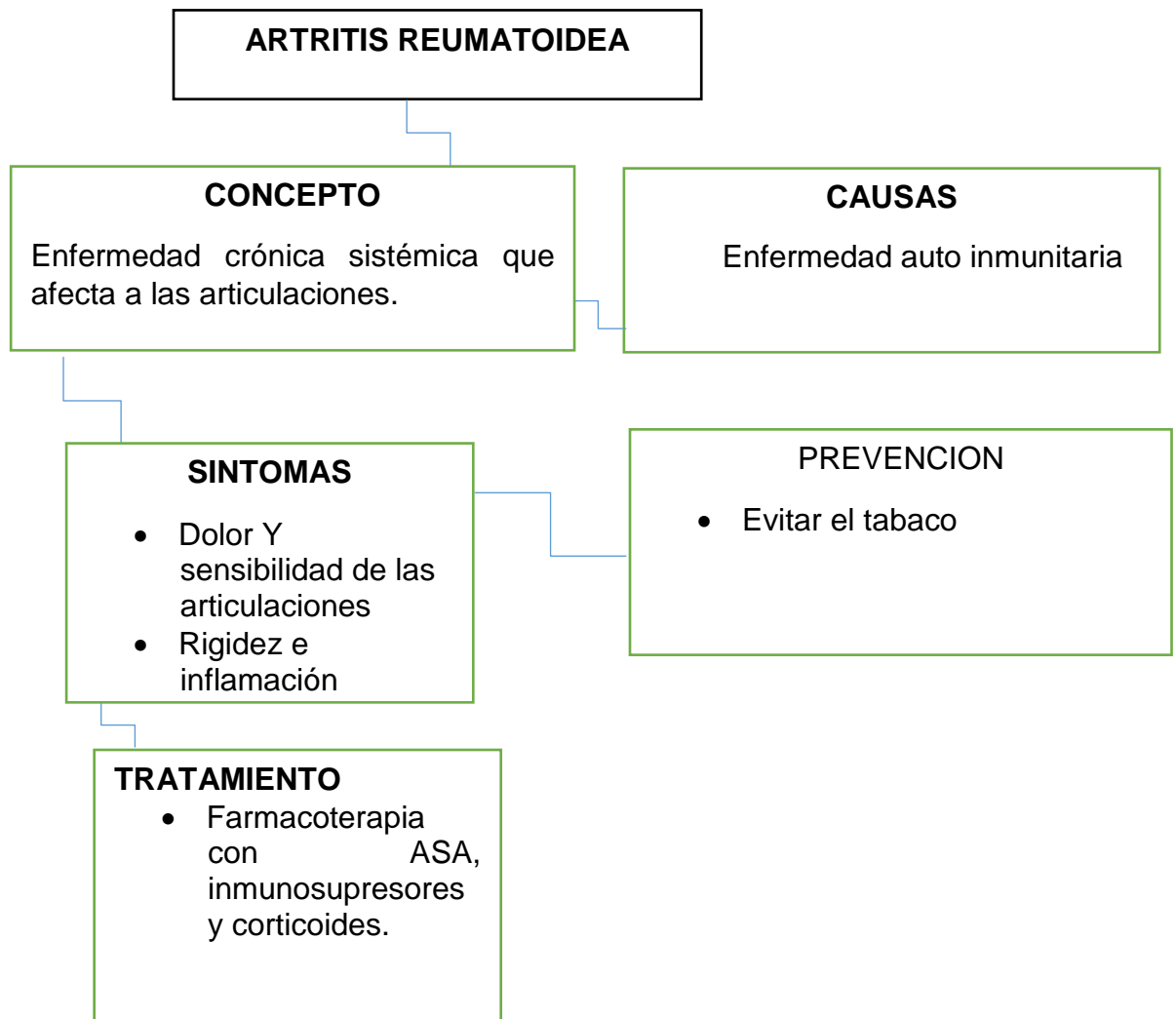
Comunicación

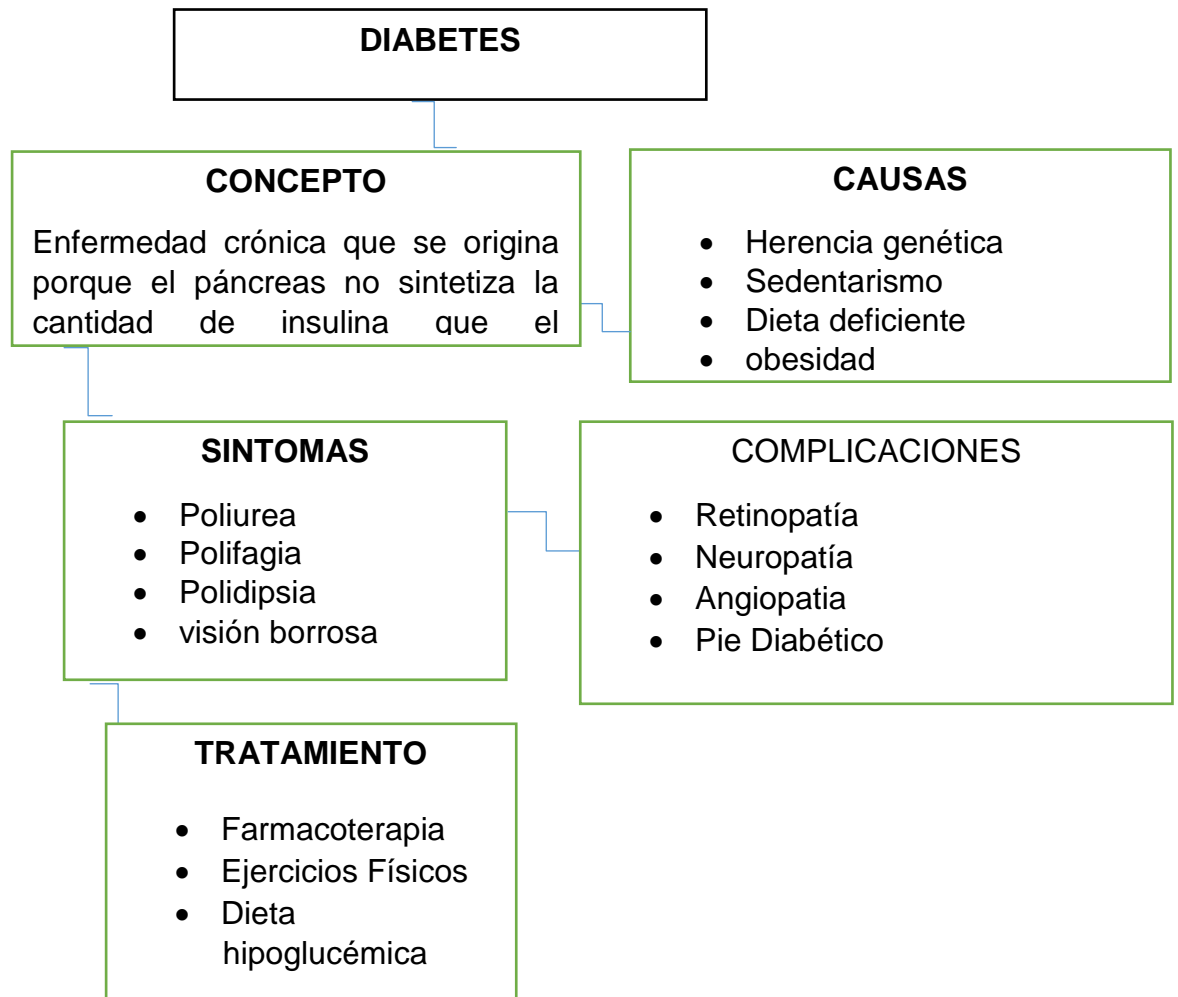
- Comunicarse con palabras simples y frases cortas
- Hablar despacio, sin gritos
- Asegurarse de que está atendiendo y llámelo por su nombre
- Sea paciente, espere que le responda y repita si es necesario
- No discutir con el adulto mayor.
- Garantizar un ambiente seguro, con cerrojos en las puertas, limitar el acceso a patios y jardines si fueran riesgosos, crear en la habitación espacio para que pueda caminar (32) (33)

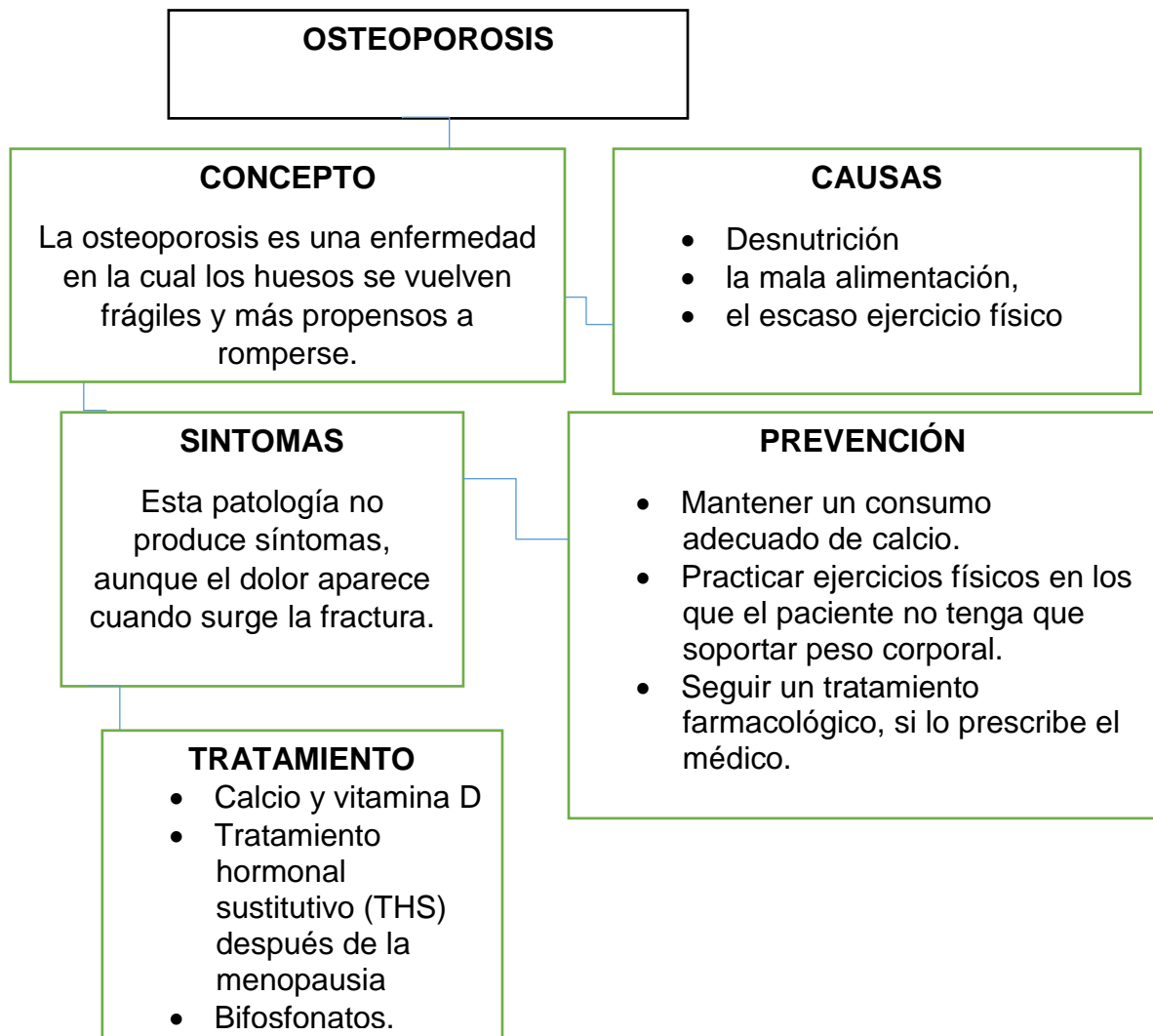


2.2.3.4 ENFERMEDADES GERIÁTRICAS









MARCO REFERENCIAL

2.2.4 Caracterización del Centro de Desarrollo Comunitario Biblián

Ilustración 1 Vista frontal de centro de desarrollo comunitario Biblián



Fuente: Fotografía del centro de desarrollo comunitario Biblián
Realizado por: Las autoras

Antecedentes

El centro de desarrollo comunitario de Biblián fue inaugurado el 14 de junio del 2015 bajo la iniciativa del gap municipal de Biblián dirigido por el Eco: Guillermo Espinoza y la dirección de la Lcda. Milagrosa Ávila encargada de la coordinación general de los centros de desarrollo comunitario.

Los mismo que esta se inauguraron de la siguiente manera 3 centros comunitarios en la parroquia Jerusalén, Nazón y Biblián los mismos que cuentan con 5 coordinadores para cada centro y 10 facilitadores. En el mes de febrero se implementan dos centros comunitarios en Gulanza y Cochaguayco. Este proyecto se hizo pensando en el bienestar físico, intelectual y psicomotriz de los adultos mayores para con el fin de que tengan un envejecimiento digno como está planteado en el plan nacional del buen vivir. Este proyecto prioriza al ser humano tratando de lograr una inclusión social y comunitaria óptima para nuestros colectivos de atención prioritaria a los adultos mayores.

Se encuentra ubicado en la zona urbana del cantón Biblián, provincia del Cañar, cuya construcción inicial es de hormigón armado de 4 plantas, piso de baldosa, cuenta con los servicios básicos, con áreas físicas, toda la superficie es de una extensión de 225m².

Área de Influencia

Al ser un centro de desarrollo cantonal su área de influencia comprende la parroquia central de Biblián y sus cuatro parroquias rurales: Turupamba, Sageo, Nazón y Jerusalén con una extensión de 232km². Está situada al sur de la sierra ecuatoriana, limita al norte con el cantón Cañar, al sur con la provincia del Azuay y el cantón Déleg, al este con el cantón Cañar, al oeste con los cantones de Azogues y Cañar.

Ubicación y Límites Geopolíticos

Ilustración 2 Ubicación Del Centro De Desarrollo Comunitario De Biblián.



Fuente: Fotografía del centro de desarrollo comunitario Biblián
Realizado por: Las autoras

El centro de desarrollo comunitario se encuentra en la provincia del Cañar, Cantón Biblián calle 1 de agosto y vía a Turupamba sector el Paraíso marginal al río Burgay.



El Centro de desarrollo comunitario depende netamente del municipio de Biblián y se sujeta al marco legal, sus leyes y normas que rigen a todas las instituciones, de esta manera acata lo que establece el artículo 362 de la Constitución Política de la República del Ecuador, que dice: “ El Estado garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario; y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido de los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Misión

Ofrecer los mejores servicios encaminados a prestar atención integral para las personas adultas mayores, dirigidos a incrementar, mantener y mejorar la calidad de vida de los usuarios.

Visión

Ser líderes y eficientes a través de la oferta de servicios con un impacto social medible en donde los valores de la vejez, garanticen que van a ocupar el lugar privilegiado que se merecen las personas adultas mayores.

DISTRIBUCIÓN DE LA PLANTA FÍSICA

En centro de desarrollo comunitario de Biblián encontramos los siguientes departamentos:

PRIMER PISO:

- Área de fisioterapia
- Sala de reuniones
- Área de adultos mayores
- Baño
- Bodega



SEGUNDO PISO:

- Área de música
- Área de pintura
- Baño
- Sala de reuniones

TERCER PISO:

- Área de danza
- Área de ballet
- Baño

CUARTO PISO

- Área de psicología
- Área de computación
- Baño

Servicios que brindan a los adultos mayores

En la actualidad ofrece atención psicológica y fisioterapia otros recreativos como manualidades, pintura y terapias de integración.

Talentos humanos del centro de desarrollo comunitario de Biblián:

Para la atención de los usuarios del centro cuenta con los siguientes talentos humanos:

- 1 Coordinadora
- 2 Psicóloga
- 1 Fisioterapeuta
- 5 Promotoras



CAPÍTULO III

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la aplicación del programa del plan nacional del buen vivir al adulto mayor en el centro de desarrollo comunitario Biblián 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características sociodemográficas de la población adulta mayor.
- Evaluar el estado nutricional que presentan los adultos mayores.
- Valorar la morbilidad a partir de las enfermedades más frecuentes que afectan al adulto mayor que asiste al centro de desarrollo comunitario de Biblián.
- Determinar las características de la participación familiar en el cuidado del adulto mayor.
- Comprobar el nivel de satisfacción de los adultos mayores en relación con la atención de salud y otras actividades y servicios que reciben en el centro de desarrollo.



CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Nivel de investigación

Investigación bibliográfica

La revisión de la literatura permite la construcción del marco teórico, obtener y consultar la bibliografía útil para los objetivos del estudio, de la que se extrae información relevante y necesaria para la investigación.

En el marco teórico es donde el investigador describe exhaustivamente el tema de investigación, sobre lo ya escrito, además podrá precisar qué diseño va emplear, cuáles variables va a emplear, cuál será el manejo estadístico de cada variable y diseñar un cuestionario original.

Investigación observacional de campo

El trabajo de campo son las acciones necesarias para obtener de forma directa datos de las fuentes de información en el lugar y tiempo donde se dan los eventos de interés para la investigación. Requiere de la aplicación de los instrumentos para la recolección de dicha información.

4.2 Diseño del estudio

El diseño de esta investigación es descriptivo transversal.

Es descriptiva porque muestra como son los fenómenos o hechos pero no los explica, describe como se ha comportado la atención de salud a los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario de Biblián” en el marco de la aplicación del Plan Nacional del Buen Vivir. Es transversal porque se ha realizado el estudio de una muestra poblacional en un solo momento o punto específico en el tiempo, es decir, estudiar la magnitud y distribución de un problema en un momento dado.



4.2 Área de estudio

Centro de desarrollo comunitario del Cantón Biblián está ubicado en la parroquia urbana del cantón Biblián, en el centro cantonal.

4.3 Población y Muestra

Trabajamos con una muestra que coincide con la población constituida por 57 adultos mayores pertenecientes al Centro de Desarrollo de Biblián, de los cuales 54 son de sexo femenino y 3 de sexo masculino.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Adulto mayor que voluntariamente acepten participar en la entrevista firmando el consentimiento informado.
- Adultos mayores que sean dependientes que puedan movilizarse solos o con apoyo, lúcidos, (orientados en tiempo, espacio y persona).
- Adultos mayores de ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con discapacidades visuales, auditivas y psicomotriz.
- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación

4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Observación

Consiste en examinar minuciosa y detalladamente los diferentes aspectos de una cosa; o durante un período definido a un fenómeno determinado con el fin de captar, registrar y sistematizar sus condiciones y manifestaciones similares o periódicamente distintas, en este caso se aplicó en el centro de desarrollo comunitario de Biblián



Encuesta

Aplicado de forma directa a los adultos mayores que acuden al centro de desarrollo comunitario. Se realizó a los adultos mayores que acuden al centro de desarrollo comunitario de Biblián desde el 1 de julio al 30 de septiembre, con la finalidad de Evaluar la aplicación del programa del plan nacional del buen vivir

Instrumentos

Encuestas estructuradas para los adultos mayores

Validez y confiabilidad del instrumento

La validez de construcción del formulario de encuestas se obtuvo a través de los profesionales de la investigación, que nos permitió realizar los ajustes necesarios al instrumento; luego se aplicó una prueba piloto el 12 de Junio del 2015 en el centro de desarrollo comunitario de la parroquia Nazón (con el fin de no contaminar la muestra) a 10 adultos mayores, previo al consentimiento informado; los resultados obtenidos fueron: Nivel bueno 34,2%; nivel regular 44.7%, y el nivel malo 21. %.

4.6 Recolección de la información

Previo a la recolección de los datos se realizó las respectivas coordinaciones según la jerarquización de la institución, a fin de obtener la autorización respectiva.

Se organizó con el Alcalde, directora del centro, coordinadora, del centro de desarrollo comunitario. Se aplicó el consentimiento informado a cada uno de los adultos mayores previo a la encuesta, luego de leído y firmado se procedió a la recolección de los datos, el mismo que se realizó desde el 13 de Julio hasta el 30 de Septiembre del 2015 los días lunes, miércoles y viernes de cada semana durante la mañana en el horario de 8H: 00 – 12H: 00 con una duración de 20 a



30 minutos por adulto mayor aproximadamente.

4.7 Técnicas para el procesamiento de datos y análisis de resultados

Los datos fueron depositados en una base de datos procesada en un ordenador COMPAC HP con ayuda del programa SPSS, Versión 21, Para la descripción de las variables se emplearon la herramientas de la estadística descriptiva como la tabla de frecuencia como principal forma de presentar los dato, formada por tres columnas básicas: la primera contiene las variables a describir, la segunda las frecuencia absoluta y la tercera la frecuencia relativa o el por ciento que representa cada frecuencia absoluta, las cuales nos permitieron organizar los datos con el objetivo de analizarlos e interpretarlos y poder sacar conclusiones.

4.8 Operacionalización de las variables

Anexo 4

4.9 Definición Operacional de Términos

Evaluar la aplicación del programa del plan nacional del buen vivir: Este estudio tiene la intensión de evaluar en lo local si los objetivos del plan nacional del buen vivir se están cumpliendo en lo referente a los cuidados de adulto mayor en el centro de desarrollo de Biblián.

Paciente adulto mayor: toda persona de sexo femenino y masculino de 65 años en adelante, que asisten al centro de desarrollo comunitario de Biblián.

Estado nutricional: es la situación en la que se encuentra una persona en relación a la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tiene lugar tras el ingreso de nutrientes.

Participación familiar: para los adultos mayores lo más importante es el potencial de relación con sus familiares y ayuda, la conciencia y saber de qué existe una



persona en quien confiar y relevante a quien acudir en caso de necesidad o problema.

Satisfacción de los cuidados: El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar.

Bueno: Son aquellos adultos mayores que percibieron el desempeño del cuidado, respecto a sus necesidades y problemas de salud exitosamente.

Regular: Significa que el adulto mayor no tuvo la totalidad del bienestar recibiendo los cuidados para satisfacer sus necesidades y problemas de salud.

Malo: El adulto mayor no se siente satisfecho con los cuidados recibidos, no cumple sus expectativas.

Para ello se tomó muy en cuenta los criterios de exclusión, esto nos ayudó a determinar la veracidad de los datos obtenidos en la investigación, gracias a la colaboración de todos los adultos mayores nuestras muestras coincidió con el número del universo propuesto.

4.10 Consideraciones éticas

En la presente investigación, la información se manejó en forma confidencial y solo se utilizó para los fines de la investigación. Se proporcionó toda la información a los adultos mayores y se le solicitó su consentimiento de deseo de participar en la investigación. Se respetaron los principios bioéticos de no hacer daño, beneficencia y respeto a la autonomía.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla 1 Distribución de 57 adultos mayores del centro de desarrollo comunitario según sexo. Biblián, 2015

| SEXO | N° | % |
|-----------|----|-----|
| Masculino | 3 | 5 |
| Femenino | 54 | 95 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

En el Centro de Desarrollo Comunitario de Biblián encontramos que los adultos mayores del sexo femenino predominaron, los cuales representan el 95% del total, mientras los del sexo masculino solo representaron un 5%.

Tabla 2 Distribución de los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario según edad. Biblián, 2015

| EDAD | N° | % |
|-------------|----|-----|
| 65-74 años | 28 | 49 |
| 75- 85 años | 25 | 44 |
| 86-90 años | 4 | 7 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

Al realizar análisis sobre la edad de los adultos mayores se observó que los grupos etarios están distribuidos de la siguiente manera, edades entre 65-74 años y 75-85 años representando un 49% y un 44% respectivamente y solo el 7 % sobrepasa los 86 años

Tabla 3 Distribución de los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario de acuerdo a su estado civil. Biblián, 2015

| ESTADO CIVIL | N° | % |
|--------------|----|-----|
| Soltero | 10 | 18 |
| Casado | 22 | 39 |
| Viudo | 20 | 35 |
| Divorciado | 5 | 9 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

En relación con el estado civil la mayor proporción de los adultos mayores se encuentran casados, representado por un 39%, en segundo lugar de frecuencia encontramos que el 35 % eran viudos, un 18 % solteros y el 9% divorciados.

Tabla 4 Distribución de los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario de acuerdo a su lugar de procedencia. Biblián, 2015

| PROCEDENCIA | N° | % |
|-------------------|----|-----|
| Biblián | 49 | 86 |
| Azogues | 1 | 2 |
| Cañar | 2 | 4 |
| Azuay | 4 | 7 |
| Chimborazo | 1 | 2 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

El 86% de los adultos mayores que asisten al centro de desarrollo en su mayoría proceden de Biblián ciudad donde está ubicado centro de desarrollo, mientras que el resto procede de ciudades aledañas en los siguientes porcentajes, un 7 % de Azuay, el 4% de Cañar y un 2 % de Chimborazo y Azogues de manera igual un 2%.

Tabla 5: Distribución de los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario de acuerdo a su nivel de instrucción. Biblián, 2015

| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | N° | % |
|----------------------|----|-----|
| Primario | 25 | 44 |
| Secundario | 2 | 4 |
| Ninguno | 30 | 53 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

El nivel de instrucción que prevalece en los adultos mayores es bajo, un 53 % no posee nivel de instrucción alguno, un 44 % alcanzó un nivel primario y solo el 4 % tiene un nivel secundario de educación.

Tabla 6 Valoración del estado nutricional de los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario. Biblián, 2015

| ESTADO DE NUTRICIÓN | N° | % |
|------------------------|----|-----|
| Satisfactorio | 22 | 39 |
| Riesgo de malnutrición | 35 | 61 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Mininutritional assessment
Elaborado por: Autoras

Al evaluar el estado nutricional de los adultos mayores se concluyó que solo el 39 % de ellos presentan un estado nutricional satisfactorio y un 61 % se encuentra en riesgo de un trastorno de la nutrición.

Tabla 7 Enfermedades que padecen los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario. Biblián, 2015

| ENFERMEDADES | N° | % |
|-----------------------|-----------|------------|
| Hipertensión Arterial | 21 | 37 |
| Osteoporosis | 11 | 19 |
| Diabetes | 7 | 12 |
| Artritis | 8 | 14 |
| Cáncer | 1 | 2 |
| Artrosis | 5 | 9 |
| Ninguno | 1 | 2 |
| Otros | 3 | 5 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

El padecimiento de alguna enfermedad crónica se apreció en el 98 % de los adultos mayores, la enfermedad más común fue la hipertensión arterial en el 37 %, en orden decreciente de frecuencia le siguen osteoporosis, artritis, diabetes mellitus y artrosis, con un 19 %, 14%, 12 % y 9 %, respectivamente. Solo 1 adulto mayor padece cáncer y solo no padece ninguna enfermedad crónica, mientras el 5 % restante padece otras enfermedades crónicas menos comunes en el adulto.

Tabla 8 Frecuencia con que los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario reciben atención médica y tratamiento. Biblián, 2015

| | RECIBE ATENCIÓN MÉDICA | | RECIBE TRATAMIENTO | |
|----------------|------------------------|-----|--------------------|-----|
| | N° | % | N° | % |
| Si | 13 | 23 | 48 | 84 |
| No | 35 | 61 | 4 | 7 |
| A veces | 9 | 16 | 5 | 9 |
| TOTAL | 57 | 100 | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

La atención médica que reciben los adultos mayores es aún escasa solo el 23 % ha recibido atención médica, un 61 % no ha recibido atención y el 16 % la ha recibido a veces, es decir, con una frecuencia mínima.

En relación con los medicamentos que reciben, la mayoría representada por un 84 % los recibe, un 7 % no los recibe y el 9 % lo recibe a veces.

Tabla 9 Frecuencia de los controles médicos al adulto mayor del centro de desarrollo comunitario. Biblián, 2015

| REALIZA CONTROLES MENSUALES DE SU ENFERMEDAD | N° | % |
|---|-----------|----------|
| Si | 40 | 70 |
| No | 4 | 7 |
| A veces | 13 | 23 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

El 70 % de los adultos mayores se realiza el control mensual para evaluar su estado de salud y enfermedad que padece, un 13 % lo hace con una menor frecuencia, a veces. Solo el 7 % no realiza controles médicos para evaluar su estado de salud.



Tabla 10 Lugar donde acuden los adulto mayor del centro de desarrollo comunitario a realizarse sus controles médicos. Biblián, 2015

| CENTRO DONDE REALIZA EL CONTROL | N° | % |
|--|-----------|----------|
| Centro de Salud | 33 | 58 |
| Hospital | 8 | 14 |
| IESS | 12 | 21 |
| Otros | 4 | 7 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

El centro de salud es el lugar donde acuden los adultos mayores con mayor frecuencia a realizarse su control, esto representa un 58 % del total, un 21 % cuenta con un seguro y acude a los centros del Instituto de Seguridad Social, el 14 % acude a los hospitales públicos y el 7 % acude a otras instituciones.

Tabla 11 Atención del adulto mayor por los diferentes profesionales del centro de desarrollo comunitario. Biblián, 2015

| PROFESIONALES | RESPUESTAS | N° | % |
|-----------------------|------------|----|-----|
| Enfermera | Sí | 0 | 0 |
| | No | 57 | 100 |
| Psicólogo | Sí | 8 | 14 |
| | No | 49 | 86 |
| Odontólogo | Sí | 0 | 0 |
| | No | 57 | 100 |
| Fisioterapista | Sí | 20 | 35 |
| | No | 37 | 65 |
| Trabajo social | Sí | 0 | 0 |
| | No | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

La atención a los adultos mayores por parte de los diferentes profesionales es escasa de forma general, el porcentaje de adultos que han sido atendidos por alguna especialidad han sido 35 % por el fisioterapista y el 14 % por el psicólogo, los adultos mayores no han sido atendidos por el resto de los profesionales.



Tabla 12 Valoración de los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario sobre la calidad de la atención que reciben. Biblián, 2015

| CALIDAD DE ATENCIÓN | N° | % |
|---------------------|----|-----|
| Buena | 31 | 54 |
| Mala | 2 | 4 |
| Regular | 24 | 42 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

Los adultos mayores al evaluar la calidad de la atención médica que reciben en el centro de desarrollo expresaron: un 54 % que la calidad es buena, un 42 % considera que es regular y solo un 4 % cree que es mala.



Tabla 13 Valoración de los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario sobre el trato recibido. Biblián, 2015

| TRATO AMABLE Y RESPETUOSO | N° | % |
|---------------------------|----|-----|
| SI | 54 | 95 |
| NO | 3 | 5 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

La mayoría de los adultos mayores refieren que el trato que reciben en el centro es amable y respetuoso, lo que está representado por el 95% de ellos, solo el 5 % refiere lo contrario que el trato no ha sido amable ni respetuoso.

**Tabla 14 Actividades realizadas en el centro de desarrollo comunitario.
Biblian, 2015**

| TIPO DE ACTIVIDAD | CHARLAS | | ACTIVIDADES FÍSICAS | |
|-------------------|---------|-----|---------------------|-----|
| | N° | % | N° | % |
| Frecuencia | | | | |
| Si | 19 | 33 | 36 | 63 |
| No | 31 | 55 | 12 | 21 |
| A veces | 7 | 12 | 9 | 16 |
| TOTAL | 57 | 100 | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

Los adultos mayores refirieron que en el centro se realizan charlas educativas (33%), un 12 % refirió que se realizan a veces y el 55 % niega que se realicen actividades de este tipo. En relación con la participación en las actividades físicas el 63 % participa en ellas, un 21% no participa y un 16 % lo hace a veces.

Tabla 15 Tipo de apoyo familiar que reciben los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario. Biblián, 2015

| TIPO DE APOYO | Nº | % |
|----------------|----|-----|
| Económico | 21 | 37 |
| Transporte | 12 | 21 |
| Compañía | 22 | 39 |
| No tiene apoyo | 2 | 4 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

Al analizar la participación de la familia respecto al cuidado del adulto mayor se encontró que el 4 % no recibe ningún tipo de apoyo familiar, el 39 % cuenta con la compañía de familiares, el 37 % dispone de un apoyo de tipo económico y el 21 % es apoyado con la transportación.



Tabla 16 Frecuencia de las visitas que recibe el adulto mayor del centro de desarrollo comunitario por parte de la familia. Biblián, 2015

| RECIBE VISITAS | Nº | % |
|----------------|----|-----|
| Si | 21 | 37 |
| No | 13 | 23 |
| A veces | 23 | 40 |
| TOTAL | 57 | 100 |

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autoras

El 37 % de los adultos mayores son visitados por sus familiares, un 23 % no son visitados y un 40 % son visitados a veces.



DICUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Este predominio del sexo femenino es concordante con diferentes estudios que han planteado que el envejecimiento tiene cara de mujer, este fenómeno se ha llamado feminización del envejecimiento, pues las mujeres tienen mayores expectativas de vida a pesar de que hay más nacimientos de varones. Existe una mayor mortalidad entre los hombres con relación a las mujeres, entre las causas que explican la menor longevidad del hombre se encuentra la falta de prevención de la salud, conductas de riesgo secundario a un patrón social machista y el estrés laboral (34) (35)

El predominio de adultos mayores en el rango de edades entre 65-74 es similar al encontrado en nuestro país en algunos estudios (9) (10) y este predominio ha sido reportado en los estudios demográficos de la población a nivel nacional y regional (2) (5)

Este resultado es compatible con lo reportado por otros estudios nacionales (2) (5) (9) (10) y con la expectativa de vida que ha alcanzado la población Ecuatoriana. Es necesario aclarar el vivir más años depende de cómo se halla vivido, en especial de los estilos de vida que determinan el estado de salud morbilidad y mortalidad. Ecuador como muchos otros países de América Latina enfrenta el fenómeno de transición epidemiológica característico de países desarrollados, que obedece al principal cambio demográfico que es el incremento de adultos mayores, pero esto ocurre de forma diferente ya que aún no ha resuelto el problema de pobreza, las enfermedades infecciosas y otras que causan gran mortalidad, lo que explicaría una menor proporción de personas que sobrepasen los 80 años y esto indica que aún es vital mejorar la calidad de vida para aumentar la expectativa de vida de la población del país (20)

El predominio de adultos mayores casados y viudos es similar a lo encontrado por otros autores que han realizado estudios semejantes en adultos mayores, quienes reportan frecuencia similares a la nuestra (9). Es motivo de preocupación el porcentaje de adultos mayores cuyo estado civil soltero, viudo o divorciado



implica soledad y falta de compañía, factores causantes de trastornos psicológicos.

Para contrarrestar los efectos negativos de esos estados de soledad es importante el apoyo social, de instituciones, familiares u otros que proporcionen compañía, ayuda y alimentación. Los adultos mayores que tiene participan social activa de cualquier manera y que reciben apoyo social, de familiares y amigos tienen una salud física y mental superior (35)

La ubicación de este centro en la ciudad de Biblián ha permitido el cuidado de adultos mayores de esta ciudad y de otras ciudades cercanas.

De acuerdo a estudios realizados en el país existe un bajo nivel de educación en adultos mayores y el analfabetismo está presente en uno de cada cuatro personas de este grupo poblacional (1). Las oportunidades de educarse que tuvieron los ecuatorianos en décadas pasadas fueron muy limitadas y el índice de analfabetismo era muy alto sobrepasando el 40 % de la población (36)

Autores como León y Montalvo reportan frecuencias superiores a la nuestra de adultos mayores (desde 50-88%) con estado nutricional normal (8) (10) mientras que Andrade reporta una menor frecuencia (15,6%) (7). En relación con la malnutrición, no encontrada en nuestro estudio, Andrade reporta un 35,9%, Tarqui y otros un 40,8 % (37) y León un 7 %.

El adulto mayor es susceptible a presentar trastorno de la nutrición y son diversos los factores que determinan e influyen en el estado nutricional la mayoría de ellos asociados a los cambios propios del envejecimiento como la pérdida de piezas dentales, la alteración del gusto y el olfato, la disminución de estrógenos en la mujer, la depresión, otros factores como enfermedades crónicas los estilos de vida no saludables, consumo de alimentos pobres en proteínas, la disminución del ejercicio físico son también contribuyente. Ambos trastornos de la nutrición por defecto o exceso en los adultos mayores son están relacionados con una mayor morbilidad, mortalidad, con la pérdida de la capacidad funcional y de su calidad de vida (37)



Uno de cada tres adultos mayores en el país padece alguna enfermedad crónica (1) La alta prevalencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y osteoporosis también ha sido reportada por autores como Durán y Montalvo (9) (10)

En un estudio semejante al nuestro en Ibarra, Montalvo y Ruales reporta que en los dos centros de atención al adulto mayor que estudió, la mayoría de los ancianos (64 % en uno y 78% en otro) recibían atención médica semanalmente (10)

La realización de controles o chequeos en el adulto mayor son necesarios no solo para controlar las enfermedades crónicas frecuentes en ellos, sino para el pesquisaje de posibles enfermedades que pueden aparecer posteriormente. En estas evaluaciones no solo se tienen en cuenta las afecciones físicas sino también a nivel psicológico y social, los adultos mayores que se realizan controles periódicos tienen una mejor calidad de vida (38)

El sistema de seguridad social de los adultos mayores en el país está relacionado con la participación de este adulto en la actividad económica por lo que este grupo poblacional se ve muy afectado en este sentido al haber sido un grupo poblacional poco beneficiado por la educación y como consecuencia desempeñan labores no profesionales y de poca remuneración, han sido un grupo excluido socialmente, un 57, 4 % de ellos vive en la pobreza. La jubilación universal no contributiva, es la mayor partida de protección social para estas personas lo que representa el 57 % (1)

Las enfermedades que padecen los adultos mayores son generalmente catastróficas cuya atención resulta muy costosa por eso la mayoría acude a los centros de salud donde se le ofrece atención gratuita.

La deficiente atención de los adultos mayores por los diferentes especialistas es una debilidad identificada en este estudio y en este centro de atención, ya que estos son los que deben realizar la labor de educación, prevención, promoción,



curación y rehabilitación del estado de salud de los adultos mayores que acuden a este centro

A pesar de la poca atención por parte de los profesionales del equipo multidisciplinario la mayoría expreso que la calidad de la atención recibida en el centro es buena, lo cual muestra un sentimiento de agradecimiento de estas personas a los servicios de alimentación y otros cuidados que se le ofrecen en el centro frente a la sensación de estar desprotegidos por parte de la sociedad y la familia en la mayoría de los casos.

Este resultado debe resaltarse como una fortaleza del centro, aunque la máxima aspiración sería que el 100 % opinara positivamente en relación al trato recibido sobre todo porque en eso consiste la política del buen vivir, que expresa la convivencia en armonía, respeto, igualdad y solidaridad.

Las charlas forman parte de las actividades que el centro y los profesionales que en él se desempeñan deben realizar para cumplir con uno de los objetivos primordiales de este tipo de centros como es la educación integral de los adultos mayores y familiares para contribuir a lograr los estilos de vida saludables, cuidado de la salud prevención de la dependencia funcional y todo ello a un envejecimiento saludable y activo. En cuanto a las actividades físicas son muchos los estudios que demuestran sus beneficios por lo que se debe proponer como una meta que todo adulto mayor la practique siempre que su estado de salud se lo permita (27) (29). Cargua, en su estudio en un centro gerontológico en Riobamba donde interviene con una estrategia de Información, Educación y Comunicación y actividad física obtuvo reducción significativa de la prevalencia de la depresión y la actividad física además mejoró las conductas, hábitos de alimentación y sueño y el humor en los adultos mayores (39)

La familia debe integrarse al centro de desarrollo, su colaboración y participación en activa en las actividades del centro crea un ambiente social, psicológico y afectivo favorable que atenúa la sensación de soledad y abandono que experimenta el adulto mayor, al mismo tiempo que fomenta el sentido de



responsabilidad que debe profesar este familiar para con el adulto mayor que ha dejado al cuidado del centro.

Montalvo y Rúaless reportan en su estudio que el 80 % de los adultos mayores de su centro reciben ayuda familiar del tipo económica. En comparación con este estudio el apoyo de los familiares para con sus ancianos es más diverso y no se limita solo al económico (10)



CAPÍTULO VI

6.1 CONCLUSIONES

| Objetivos | Conclusiones |
|--|---|
| Identificar las características sociodemográficas de la población adulta mayor. | En los adultos mayores que asisten al Centro de Desarrollo de Biblián predominan los del sexo femenino (95 %), el grupo de edades comprendidas entre los 65 y 74 años, de estado civil casados (39%) sin ningún nivel de instrucción (53%) y el 86 % procede de la ciudad de Biblián. |
| Identificar las características sociodemográficas de la población adulta mayor. | De forma general los adultos mayores presentan riesgo de malnutrición (61%). |
| Valorar la morbilidad a partir de las enfermedades más frecuentes que afectan al adulto mayor que asiste al centro de desarrollo comunitario de Biblián. | Casi la totalidad de los adultos mayores presentan una enfermedad crónica (98%), siendo la hipertensión arterial la más común presente en el 32 % de ellos. |
| Determinar las características de la participación familiar en el cuidado del adulto mayor. | El apoyo familiar al adulto mayor es diverso, e incluye el aspecto económico de transporte y de compañía, no obstante las visitas por |



| | |
|--|---|
| | parte de familiares a estos ancianos no es muy habitual. |
| Comprobar el nivel de satisfacción de los adultos mayores en relación con la atención de salud y otras actividades y servicios que reciben en el centro de desarrollo. | La atención médica que reciben los adultos mayores en el centro y por parte del equipo multidisciplinario es aún escasa lo cual constituye una debilidad del centro identificada en este estudio. La mayoría de los adultos mayores refieren que el trato que reciben en el centro es amable y respetuoso y que la calidad de la atención es buena. |



CAPÍTULO VI

6.2 RECOMENDACIONES

1. Aplicar con más eficacia los lineamientos sobre Adultos mayores que se encuentran reflejados en el Plan Nacional del Buen Vivir que están, ya que estos abarcan muchos aspectos importantes que podrían ejecutarse por el bien estar de este grupo vulnerable.
2. Crear programas donde se fomente la integración familiar para fortalecer los lazos afectivos entre las familias y sus adultos mayores.
3. Crear campañas informativas que abarque temas como salud, nutrición, buenos hábitos alimenticios, actividad física que favorezcan el correcto envejecimiento activo de este importante grupo etario.
4. Implementar el personal necesario y bien capacitado en el área para el correcto y apropiado cuidado del adulto mayor.
5. Mejorar las instalaciones a un nivel superior para que el libre desarrollo del adulto mayor sea más placentero mientras acude al mismo.



CAPÍTULO VII

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para los adultos mayores. Quito:, Ministerio de Inclusión Económica y Social; 2012. Report No.: http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf.
2. Instituto Nacional de estadísticas y Censos. Censo de población y vivienda. 2010. <http://www.inec.gov.ec/cpv/>.
3. Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo. Plan Nacional del Buen Vivir. Quito;; 2009. Report No.: <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>.
4. Constitución de la República de Ecuador. 2008. Registro oficial 449 del 20 de octubre.
5. Departamento técnico de la I. Municipalidad del Cantón Biblián. Plan de Desarrollo y ordenamiento territorial del cantón Biblián. Biblián :, Departamento técnico de la I. Municipalidad del Cantón Biblián ; 2012. Report No.: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/%23recycle/PDyOTs%202014/0360000310001/PDyOT/27022013_120837_Plan%20de%20Desarrollo%20y%20Ordenamiento%20teritorial%20del%20Canton%20Bibli%C3%A1n.pdf.
6. Freire W. Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2010-2011. Encuesta. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social, Programa alimentate Ecuador; 2011.
7. Andrade C. Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón.



- Azuay, 2011. Tesis. Riobamba: Escuela Politécnica Superior de Chimborazo; 2011. Report No.: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/handle/123456789/1467/34T00245.pdf;jsessionid=5B92CC092A1CC6ABE88C7FBA5E22B8AF?sequence=1>.
8. León J. Estrategia para mejorar el estado nutricional del adulto mayor residente en el hogar de ancianos Instituto Estupiñán. Ambato;; 2015. Report No.: <http://www.dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/507/1/TUAMED048-2015.pdf>.
 9. Duran J. Percepción de los adultos y las adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el Estado. Tesis. Cuenca: Universidad de Cuenca ; 2013. Report No.: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/451>.
 10. Montalvo M,RA. percepción de los adultos mayores sobre la atención recibida en los centros del adulto mayor en el asilo León Ruales de la ciudad de Ibarra y en el asilo Carmen Ruiz De Echeverría de la ciudad de Cotacachi, periodo noviembre 2010 a julio - 2011. Ibarra;; 2012. Report No.: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2326>.
 11. Zalazar A,AA. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014 junio; 25(2).
 12. Ávila F. Definición y objetivos de la geriatría. El Residente. 2010 Mayo-agosto; V(2).
 13. Características del envejecimiento. [Online].; 2011 [cited 2015 octubre 11. Available from: HYPERLINK "<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia/materiales-de-clase-1/capitulo-1.-el-envejecimiento-definiciones-y/1.3-caracteristicas-del-envejecimiento>" <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia/materiales-de-clase-1/capitulo-1.-el-envejecimiento-definiciones-y/1.3-caracteristicas-del-envejecimiento>



envejecimiento .

14. González de Gago J. Teorías del envejecimiento. Tribuna del investigador. 2011; 11(1- 2. pág: 42-66).
15. Sergiev PDO,BG. Theories of Aging: An Ever-Evolving Field. Acta Naturae.. 2015 jan- mar; 7(1. pag: 9-18).
16. D'Aquino Oliveira I,GM. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. Ciênc. saúde coletiva. 2012 septiembre; 15(6).
17. Rodriguez K. Vejez y envejecimiento. Primera edición ed. Colombia : Uniiversidad del Rosario; 2011.
18. Crespo D,FC. Cambios cerebrales en el envejecimiento normal y patológico. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. 2012 abril; 12(1 pag: 21-36).
19. Mosquera G. Envejecimiento fisiológico y predisposición al trauma craneoencefálico. Archivo Médico de Camaguey. 2011 septiembre-octubre ; 15(5).
20. Penny E,MF. Geriátría y gerontología para el médico internista Bolivia: La Hoguera; 2012.
21. Suarez H,AM. Las alteraciones del equilibrio en el adulto mayor. REV. MED. CLIN. CONDES. 2009 mayo; 20(3 pag: 154-160).
22. Salech F. JR,ML. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev. Med. Clin. Condes. 2012 noviembre; 23(1 pag: 19-29).
23. Jacksona C,WN. Enfermedad cardiovascular en el anciano. Rev Esp Cardiol.. 2011 agosto; 64(8 pag: 697-712).
24. Lozada SRR. Envejecimiento cutáneo. Rev Asoc Colomb Dermatol.. 2010; 18(10-17).



25. Wong L,AY,DM,GA. La sexualidad en la tercera edad. Factores fisiológicos y sociales. Rev. Med. Electrón. 2010 Mayo- junio; 32(3).
26. Moreno A. Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. 2005; dec 5(19).
27. Peterson M,G,MM,PC,EK. Physical Activity as a Preventative Factor for Frailty:The Health, Aging, and Body Composition Study. 2009; 64A(1).
28. Scarmeas N,LJ,SN,B. Physical Activity, Diet, and Risk of Alzheimer Disease. 2009; agust 302(6).
29. Booth F,RC,LM. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. 2012 ; April , 2 (2).
30. World Health Organization. Definition of an older or elderly person. [Online].; 2015. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/" http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/ .
31. Espinosa A,MF,PS. Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. 2005; 6(3).
32. Elfenbein P. Guías de programas para adultos mayores Florida: Universidad Internacional de la Florida ; 2009.
33. Carlota M,ÁA,ZA. CUIDADOS INFORMALES Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES. Querétaro;; 2014. Report No.: http://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v7-n1/02Articulo.pdf.
34. Demarchi M,CJ. Envejecimiento y feminización de la población del aglomerado Gran. 2014; 10(1).
35. Triadó C. Envejecer en España y en Europa. Sociedad y Utopía. Revista de



- Ciencias Sociales. 2013 mayo;(41 pag: 110-126).
36. UNESCO, Ministerio de Educación en Ecuador. La alfabetización en Ecuador. Evolución histórica, información actualizada. Quito:, Oficina de la UNESCO en Quito; 2009.
37. Tarqui C,AD,EP. ESTADO NUTRICIONAL ASOCIADO A CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL ADULTO MAYOR PERUANO. 2014; 31(3).
38. Javier C. EL EXAMEN MÉDICO PERIÓDICO DEL ADULTO ASINTOMÁTICO. 2011; 79(2).
39. Cargua M. Estrategia para disminuir el síndrome de adaptación en el adulto mayor en el centro gerontológico Julia Mantilla de Corral. Penipe-Chimborazo, Ecuador, mayo- octubre, 2011. Riobamba; 2011. Report No.: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/handle/123456789/2049/104T0012.pdf;jsessionid=A6211B9012A393021BD412411234A605?sequence=1>.



CAPÍTULO VIII

ANEXOS

Anexo N° 1 Cuadro de Operacionalización de Variables de la Investigación

| Nombre de la Variable | Concepto operacional | Dimensión | Indicador | Escala |
|--|--|---|----------------------------------|---|
| <u>Independiente</u> Plan del buen vivir | Política de salud para mejorar la calidad de vida del adulto mayor | Atención médica | Controles específicos | Frecuencia |
| | | | Recibe Medicamentos | Frecuencia |
| | | | Atención del equipo de salud | Frecuencia |
| | | Nivel de satisfacción sobre el centro de desarrollo | Atención médica | Frecuencia |
| | | | Trato de los profesionales | Bueno Malo Regular |
| | | | Tipo y frecuencia de actividades | Físicas Charlas |
| | | Participación familiar | Convivencia | Hijo Esposa Nietos Otros |
| | | | Tipo de apoyo | Económico Compañía Transporte Otro |
| | | | Comunicación | Frecuencia |
| | | | Visitas | Frecuencia |



| | | | | |
|---|---------------------------|--|----------------------------|--|
| <u>Dependiente</u> Adulto mayor | Persona con 65 años o más | Características Socio demográficas | Edad | años |
| | | | Sexo | Femenino Masculino |
| | | | Procedencia | Urbana Rural |
| | | | Estado civil | Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre |
| | | | Nivel de instrucción | Primario Secundario Ninguno |
| | | Morbilidad | Enfermedades que padece | Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Artritis Osteoporosis Cáncer |
| | | Estado Nutricional Mininutritional assessment | Satisfactorio | ≥ 24 puntos |
| | | | Riesgo de malnutrición | 17-23 puntos |
| | | | Mal estado | < 17 puntos |



Anexo Nº 2 Formularios de recolección de datos

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE ENFERMERÍA

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

INTRODUCCIÓN

Estimado Sr/a solicitamos su participación en la presente investigación cuyo objetivo es la Evaluación de la aplicación del programa del plan nacional del buen vivir al adulto mayor en el centro de desarrollo comunitario de Biblián 2015 para la cual le entrevistaremos a cerca de nutrición, salud, educación y nivel de satisfacción que recibe en el centro comunitario es de carácter anónimo.

1. Edad: -----

2. Sexo:

- a) Femenina
- b) Masculino

3. Estado civil:

- a) Soltero/a
- b) casado/a
- c) Viudo/a
- d) divorciado/a

4. Procedencia-----

5. Residencia-----

6. Nivel de instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) superior
- d) ninguna



ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES

1. Tiene Ud. familiares que padecen alguna de estas enfermedades

- a) Hipertensión arterial
- b) Osteoporosis
- c) Diabetes
- d) Artritis
- e) Cáncer
- f) Artrosis
- g) Ninguno
- h) Otros.....

2. Presenta Ud. alguna de estas enfermedades

- a) Hipertensión arterial
- b) Osteoporosis
- c) Diabetes
- d) Artritis
- e) Cáncer
- f) Artrosis
- g) Ninguno
- h) Otros.....

3. Recibe tratamiento para su enfermedad

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Nunca

4. Qué tipo de tratamiento recibe:

- a) Medico
- b) Herbolario
- c) Homeopático – natural
- d) Curandero
- e) Otros.....

5. Realiza controles mensuales de su enfermedad

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Nunca

6. Toma algún tipo de medicación para el control de su enfermedad

- a) Si



- b) No
- c) A veces
- d) Nunca

7. Acude Ud. a alguna casa de salud para su control

- a) Centro de salud
- b) Hospital
- c) Seguro
- d) Otros.....

8. La enfermedad que tiene le dificulta para realizar sus actividades diarias

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Nunca

9. Sabe Ud. cuáles son los cuidados que debe tener presente de acuerdo a su enfermedad

- a) Si
- b) No

PARTICIPACIÓN FAMILIAR

1. Vive usted con familiares

- a) SI
- b) NO
- c) Especifique.....

2. ¿Con quién vivía usted hace 5 años?

- a) Solo/a
- b) Con sus hijos/as
- c) Con su esposo/a
- d) Con otro familiar

3. Como es la relación con ellos/as

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

4. Se comunica con sus hijos/as:

- a) Diario
- b) Regular
- c) A veces



d) Nunca

5. Sus hijos le brindan apoyo: SI----- NO-----

6. Qué tipo de apoyo

- a) Económico
- b) Transporte, Compras y QQDD
- c) Campania
- d) No le brindan apoyo

7. Recibe visitas periódicas de sus familiares

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Nunca

8. Recibe afecto y cariño por parte de sus familiares

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Nunca

9. Ha recibido algún tipo de maltrato por parte de algún familiar

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Nunca

10. Recibe apoyo de otra persona ajena a la familia: SI ----- NO-----

De quien

- a) Vecino
- b) Amigo
- c) Conocido
- d) Institución

NIVEL DE SATISFACCION DEL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO

1. Recibe atención médica

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Nunca



2. Recibe atención de otros profesionales como:

| | | | | |
|--------------------|----|----|---------|-------|
| Enfermera | Si | No | A veces | Nunca |
| Psicólogo | Si | No | A veces | Nunca |
| Odontólogo | Si | No | A veces | Nunca |
| Fisioterapia | Si | No | A veces | Nunca |
| Trabajadora social | Si | No | A veces | Nunca |

3. La atención que recibe por parte de los profesionales en cuanto a su salud es

- a) Bueno
- b) Regular
- c) Malo

4. Recibe Ud. por parte del personal del centro información sobre cómo llevar una vida saludable

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Nunca

5. Realiza Ud. actividades físicas dentro del centro de desarrollo (Ejercicios)

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Nunca

6. En caso de estar enfermo/a el personal del centro de desarrollo le ayuda o le da información acerca de su enfermedad y sus cuidados.

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) nunca

7. El centro de desarrollo comunitario organiza charlas sobre la importancia de tener una buena salud, nutrición y cuidados personales.

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Nunca



8. Cree Ud. que el personal del centro de desarrollo está capacitado y apto para trabajar con adultos mayores

- a) Si
- b) No

9. Cree Ud. que las instalaciones del centro son adecuadas para su libre desarrollo

- a) Si
- b) No

10. Se siente satisfecho con los cuidados brindados en el centro

- a) Si
- b) No
- c) A veces
- d) Nunca

11. El trato que Ud. recibe por parte del personal del centro es

- Con amabilidad: Si----- No-
-
- Con respeto:



12. Le gustaría que se implementen algunas actividades (cuales)

13. Como califica Ud. al personal que te atiende en el centro de desarrollo:

- a) Muy bueno
- b) Bueno
- c) Regular
- d) Malo

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MININUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

| |
|---|
| I.ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS |
| 1.ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) |
| 0 = IMC < 19 |
| 1 = $19 \leq \text{IMC} < 21$ |
| 2 = $21 \leq \text{IMC} < 23$ |
| 3 = IMC > 23 |
| 2.CIRCUNFERENCIA BRAQUIAL |
| 0.0 = CB < 21 |
| 0.5 = $21 \leq \text{CB} < 22$ |
| 1.0 = CB > 22 |
| 3.CIRCUNFERENCIA DE LA PIERNA |
| 0 = CP < 31 |
| 1 = CP ≥ 31 |
| 4. PERDIDA RECIENTE DE PESO (PP)(< 3 meses) |
| 0 = PP > 3Kg |
| 1 = no lo sabe |
| 2 = PP entre 1 y 3 Kg |
| 3 = no ha sabido PP |
| II. EVALUACION GLOBAL |
| 5. ¿EL PACIENTE VIVE EN SU DOMICILIO? |
| 0= no |
| 1 = si |
| 6. ¿TOMA MÁS DE 3 MEDICAMENTOS? |
| 0= no |
| 1 = si |
| 7. ¿HA HABIDO UNA ENFERMEDAD AGUDA O SITUACIÓN DE ESTRÉS PSICOLÓGICO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES? |
| 0= no |



| |
|--|
| 1 = si |
| 8. MOVILIDAD |
| 0= De la cama al sillón |
| 1 = Autonomía en el interior |
| 2=Sale del domicilio |
| 9.PROBLEMAS NEUROPSICOLÓGICOS |
| 0=Demencia o depresión severa |
| 1 =Demencia o depresión moderada |
| 2=Sin problemas |
| 10. ¿ULCERAS O LESIONES CUTÁNEAS? |
| 0= no |
| 1 = si |
| III. PARAMETROS DIETETICOS |

| |
|---|
| 11. ¿CUÁNTAS COMIDAS COMPLETAS REALIZA AL DÍA? (EQUIVALENTE A DOS PLATOS Y POSTRE). |
| 0=1 comida |
| 1 = 2 comidas |
| 2= 3 comidas |
| 12. EL PACIENTE CONSUME : LACTEOS AL MENOS 1 VEZ/DIA ,HUEVOS O LEGUMBRES 1 O 2 VECES/SEMANA.CARNE PEZCADO 1VEZ/DIA |
| 0.0 = si 1 |
| 0.5 = si 2 |
| 1.0 = si 3 |
| 13.CONSUME FRUTAS O VERDURAS AL MENOS 2 VECES / DÍAS |
| 0= no |
| 1 = si |
| 14. ¿HA PERDIDO EL APETITO? |
| 0= anorexia severa |
| 1 = anorexia moderada |
| 2= sin anorexia |
| 15. ¿CUÁNTOS VASOS DE LIQUIDOS TOMA AL DIA? |
| 0.0 = menor de 3 vasos |
| 0.5 = de 3 a 5 vasos |
| 1.0 = más de 5 vasos |
| 16. FORMA DE ALIMENTARSE |
| 0= necesita ayuda |
| 1 = se alimenta solo con dificultad |
| 2=se alimenta solo sin dificultad |
| IV. VALORACION SUBJETIVA |
| 17. ¿EL PACIENTE SE CONSIDERA A SÍ MISMO BIEN NUTRIDO? |



| |
|--|
| 0=Malnutrición severa |
| 1=No lo sabe o malnutrición moderada |
| 2=Sin problemas de nutrición |
| 18. EN COMPARACIÓN CON LAS PERSONAS DE SU EDAD: ¿CÓMO ENCUENTRA SU ESTADO DE SALUD? |
| 0.0 = peor |
| 0.5 = no lo sabe |
| 1.0 = igual |
| 2.0 = mejor |
| TOTAL PUNTOS (Max 30) |
| ESTRATIFICACION |
| ≥ 24 Puntos: Estado Nutricional Satisfactorio |
| De 17 a 23 puntos: Riesgo de Malnutrición |
| <17 puntos: Mal estado nutricional |

Anexos 3: Consentimiento informado

Instructivo para el adulto mayor

TÍTULO: Evaluación de la aplicación del programa del plan nacional del buen vivir al adulto mayor, en el centro de desarrollo comunitario, de Biblián, 2015.

AUTORAS:

Celia Lucia Lojano Guamán
Nube Liliana Palaguachi Jerez.
Silvia Yolanda Gualpa Lema

INSTITUCIÓN: Centro de Desarrollo Comunitario de Biblián

TELÉFONOS

INTRODUCCIÓN

Antes de participar en esta investigación, le vamos a dar toda la información sobre el estudio que se aspira realizar con personas adultas mayores de 65 años en adelante que asisten al centro de desarrollo comunitario de Biblián para conocer su nivel de nutrición, las patologías más frecuentes que les afectan, el nivel de satisfacción que sienten al percibir los servicios del centro de desarrollo comunitario, conocer su grado de instrucción, entre otros. También es necesario



que usted lea cuidadosamente el presente documento, si después de haberse informado usted decide entrar en este estudio, deberá firmar este consentimiento en el lugar indicado y entregarlo a las autoras de la investigación. Usted recibirá una copia de este consentimiento informado.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Evaluación de la aplicación del programa del plan nacional del buen vivir al adulto mayor en el centro de desarrollo comunitario de Biblián 2015.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR

Una vez que usted decida participar en esta investigación, se le hará preguntas sobre su edad, sexo, estado civil, su relación familiar, si se siente conforme con el centro, entre otras preguntas fáciles de responder. El tiempo de la entrevista será de 20 a 30 minutos. La investigación se realizará con la ayuda de un formulario con preguntas preestablecidas.

CONFIDENCIALIDAD

Sólo las investigadoras tendrán acceso a los datos confidenciales que la identifican por su nombre, su identificación no aparecerá en ningún informe ni publicación resultante del presente estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en el estudio es libre y voluntaria. Usted puede negarse a participar o puede interrumpir su participación en cualquier momento durante el estudio, sin perjuicio alguno, ni pérdida de sus derechos.

CONTACTOS:

En el caso que usted necesite más información acerca de la investigación, le sugerimos que se dirija a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, Telf.: 2888030 o 2884765 o las Autoras: Celia Lucia Lojano Guamán, Nube Liliana Palaguachi Jerez, Silvia Yolanda Gualpa Lema; con los siguientes Teléfonos: 0984846733.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y entendido este consentimiento informado, también he recibido



respuestas a todas mis preguntas, por lo que acepto voluntariamente participar en esta investigación. Al firmar este documento, no estoy renunciando a mis derechos legales que tengo como participante en este estudio de investigación.

Nombre de la Persona/ Cédula Firma

Fecha Nombre del testigo Cédula Firma

Fecha Nombre de las Investigadoras Cédula Firma

Anexos 4: Oficio dirigido al alcalde de Biblián

Biblián a 10 de Julio del 2015

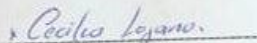
Economista
Guillermo Espinoza
PRESIDENTE DEL GAP MUNICIPAL DEL CANTÓN BIBLIAN
Ciudad.-


De nuestra consideración:


Por medio de la presente nos dirigimos a usted con un atento y cordial saludo nosotras: Cecilia Lucia Lojano Guamán, Nube Liliana Palaguachi Jerez, Silvia Yolanda Gualpa Lema egresadas de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, deseándole éxitos en la labor que muy acertadamente viene desempeñando, con el debido respeto que merece su persona solicitamos de manera más comedida se digne dar la autorización para realizar un proceso de investigación de tesis previo a la obtención del título, el mismo que será aplicado a los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario de Biblián esta investigación servirá para el trabajo de tesis titulado: "Evaluación de la Aplicación del Programa del Plan Nacional del Buen Vivir al Adulto Mayor en el Centro de Desarrollo Comunitario de Biblián 2015".

Por la acogida que sirva darse a la presente anticipo mis más sinceros sentimientos de gratitud y estima


Atentamente


Cecilia Lojano
0302589049


Liliana Palaguachi
0301646014


Silvia Gualpa
0302096524

GAD MUNICIPAL DEL
CANTON BIBLIAN

13 JUL 2015
RECIBIDO POR 
HORA: 11:44
TRAMITE N° 11824-15

Anexos 5: Oficio dirigido a la coordinadora del centro de desarrollo comunitario. Biblián, 2015

Biblián a 10 de julio del 2015


Lcda. Milagrosa Ávila
COORDINADORA DEL CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO
Ciudad


De nuestra consideración:


Por medio de la presente nos dirigimos a usted con un atento y cordial saludo nosotras: Cecilia Lucia Lojano Guamán, Nube Liliana Palaguachi Jerez, Silvia Yolanda Gualpa Lema egresadas de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, deseándole éxitos en la labor que muy acertadamente viene desempeñando, con el debido respeto que merece su persona solicitamos de manera más comedida se digne dar la autorización para aplicar una encuesta piloto a los adultos mayores la misma que nos servirá para validar el formulario que será aplicado a los adultos mayores del centro de desarrollo comunitario de Biblián esta investigación servirá para el trabajo de tesis titulado: "Evaluación de la Aplicación del Programa del Plan Nacional del Buen Vivir al Adulto Mayor en el Centro de Desarrollo Comunitario de Biblián 2015".

Por la acogida que sirva darse a la presente anticipo mis más sinceros sentimientos de gratitud y estima

Atentamente


Cecilia Lojano
0302589049


Liliana Palaguachi
0301646014


Silvia Gualpa
0302096524

13- Julio- 2015.
Recibido.
Hora: 10.15
Trámite: No 1234-15.

**Anexos 6: Fotografías de los adultos mayores entrevistados en el
centro de desarrollo comunitario. Biblián, 2015**

